Rok XLVI. Kraków, dnia 18. maja 1907. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera
w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

Pomimo współczesnych zdobyczy w dziedzinie rozpoznawania chorób nerkowych, trafiają się jednak w klinice przypadki, w których ścisłe rozpoznanie cierpień nerek napotyka na wielkie trudności. Wobec tego każdy nowy sposób badania nerek nabiera niezwykłej wartości. Jednym z takich sposobów jest mechaniczne oddziaływanie na wymacalną nerkę. Przy zastosowaniu tej metody powstają w moczu takie zmiany, które pozwalają: 1) odróżnić wymacalną nerkę od innych guzów, spotykanych w jamie brzusznej, np. nowotworów, 2) odróżnić nietylko zdrową nerkę od nerki zajętej sprawą chorobową, ale nawet rozpoznać ściślej poszczególne zmiany w chorej nerce. Pierwszy C. Menge[1]) przy badaniu 2 chorych z ruchomemi nerkami spostrzegł przypadkowo, iż obmacywanie nerki wywołało u nich białkomocz. Badając dalej chorych w tym kierunku, zauważył Menge, iż białkomocz w następstwie obmacywania nerki jest objawem niestałym: z 21 przypadków w 6 objaw ten nie wystąpił wcale. Z innych badaczy Fr. Engel[2]) w kilku przypadkach ani razu nie wykrył białkomoczu po obmacywaniu nerki. Owa niestałość tego objawu pozbawiałaby go naturalnie wszelkiej wartości dla kliniki. W roku 1904 wyszła praca Schreibera[3]), który dokładnie zbadał tę sprawę, czerpiąc dane z dużego materyału. Schreiber twierdzi, że białkomocz występujący po uciskaniu nerki (»renal-palpatorische Albuminurie« — białkomocz uciskowy) jest objawem stałym. Z 42 badanych przezeń przypadków tylko w jednym (po jednokrotnem badaniu) nie wykrył autor białkomoczu. Niepowodzenie innych badaczy tłómaczy Schreiber niedokładnością techniki badania. Do wywołania białkomoczu niezbędne jest, zdaniem Schreibera, zachowanie następujących warunków: 1) Bezpośrednie uciskanie chociażby części nerki obu rękami przy zupełnem zwiotczeniu mięśni ściany brzusznej; uciskanie nerki przez przykrywającą ją wątrobę, według badań autora tylko w wyjątkowych przypadkach wywołuje nieznaczny białkomocz; częściowe, odruchowe, trudno uchwytne dla badacza skurcze mięśni ściany brzusznej najczęściej stają na przeszkodzie powstaniu białkomoczu. 2) Ponieważ białkomocz uciskowy jest objawem łatwo przemijającym, szczyt jego najczęściej spostrzegać się daje w 10—15 minut po uciskaniu, po 20—30 minutach ilość białka znacznie już się zmniejsza, po 1—2 zaś godzinach białko znika zupełnie. — Należy więc zbierać mocz jaknajrychlej — pierwszy raz najdalej w 10 minut po uciskaniu. Niepowodzenia Mengego, który w znacznej części przypadków (29%) nie wykrył białkomoczu, tłómaczy Schreiber tem, że Menge zbierał mocz po upływie dopiero pół godziny od rozpoczęcia badania. 3) Należy wystrzegać się wszystkich tych warunków, które sprzyjają rozcieńczeniu moczu. Przed badaniem pęcherz musi być dokładnie opróżniony. Obfite moczenie *(polyuria)* często zakrywa zupełnie wynik uciskania.

Białkomoczem uciskowym Schreiber radzi posługiwać się w rozróżnianiu nerki od guzów jamy brzusznej. Według jego spostrzeżeń zjawianie się białka w moczu lub też brak jego po obmacywaniu guza rozstrzyga ostatecznie i stanowczo, czy guz jest nerką, czy też nie.

Chociaż białkomocz uciskowy, jak to udowadnia Schreiber, ma ważne znaczenie dla kliniki, to jednak w piśmiennictwie, o ile mi wiadomo, po pracy Schreibera nie było wzmianek w tej sprawie. Wobec tego Sz. prof. Wagner zaproponował mi jej zbadanie.

Schreiber tylko pobieżnie wspomina o osadzie moczu. Na 42 przypadków badano osad moczowy przed i po uciskaniu tylko 8 razy i co do osadu nie podaje Schreiber żadnych stałych wyników. Niemniej jednak można było przypuszczać, iż obmacywanie nerki może wraz z białkomoczem wywołać pewne zmiany w wydzielaniu składników postaciowych moczu. Wobec tego wraz z badaniem co do białka starannie też badałem i osad moczowy. Badania swoje przeprowadziłem po większej części na chorych kliniki terapeutycznej prof. Wagnera, korzystałem także z materyału ambulatoryjnego. Dwie chore przysłał mi łaskawie do zbadania dr U. Bondarew (oddział chirurgiczny miejskiego szpitala Aleksandrowskiego w Kijowie), jedną dr Czeremuchin (Marjacki szpital Czerwonego Krzyża w Kijowie). (C. d. n.)

[1]) Münch. med. Woch. 1900, str. 789.
[2]) Berl. klin. Woch. 1903, str. 219.
[3]) Zeitschr. f. klin. Med. 1904. T. 55, str. 1.

Kilka uwag o wrodzonem zwichnięciu stawu biodrowego.

Napisał

Doc. Dr V. Chlumsky w Krakowie.

(Dokończenie.)

Podobne przypadki, jak te 5 przezemnie spostrzegane i leczone, spotykali i inni autorowie. Wszystkie one zasługują ze względów praktycznych na uwagę.

W pierwszym z tych przypadków pozostawał opatrunek za długo, co wywołało zesztywnienie stawów biodrowych. W ostatnim zaś postąpiono wprost przeciwnie; z powodu przedwczesnego zdjęcia opatrunku nastąpiło ponowne zwichnięcie.

Godne uwagi są również przypadki z odprowadzeniem i ustaleniem główek ku przodowi. Badanie ich pouczyło nas, że wyniki ich pod żadnym warunkiem nie są tak korzystne, jak sądzono dotąd. Chód takich chorych może być nawet wcale poprawny, o ile się natężają, atoli przy dłuższem chodzeniu następuje znużenie i lekki chód kaczkowaty pozostaje nadal. Również ciekawy jest przypadek ponownego zwichnięcia, gdzie występują bole, przypominające zapalenie stawu biodrowego i zmuszające chorego od czasu do czasu pozostać w łóżku.

Podziwu godną jest cierpliwość i wytrwałość u dziewczyny, 7 względnie 8 razy operowanej, u której w końcu przecież udało się uzyskać zamierzony wynik. Ten przypadek poucza przynajmniej, że nawet liczne nieudałe próby odprowadzenia przecież nie wyłączają tego, że można drogą bezkrwawą dojść do odpowiedniego wyniku.

Ja osobiście na 40 ostatnich moich przypadków 3 razy napotkałem na szczególne trudności.

U dwóch dziewcząt była panewka tak płytka, że ustalenie główki było bardzo trudne. U jednej nastąpiło ponowne zwichnięcie przy zmianie opatrunku, które natychmiast odprowadziłem. Obecnie w 3 lata od operacyi dziecko jest wyleczone i chód zupełnie poprawny. W tym przypadku musiałem jednak pozostawić opatrunek gipsowy prawie przez 10 miesięcy, co pociągnęło za sobą lekkie zesztywnienie w stawie biodrowym, które dopiero przy pomocy miesienia i gimnastyki usunięto, a dziecko obecnie jest zupełnie wyleczone.

Drugi przypadek pozostaje jeszcze w leczeniu. Wprawdzie tutaj nie nastąpiło ponowne zwichnięcie, ale przy pierwszej zmianie opatrunku ruchomość była tak wielka, że należało się jej obawiać; wobec tego założono kilka opatrunków w silnem odwiedzeniu (*abductio*); prawdopodobnie wynik okaże się dobry.

Trzeci przypadek dotyczył dziewczyny, żyjącej w tak niekorzystnych warunkach, że z powodu nieczystości i złej opieki doszło u niej do róży (*erysipelas bullosum*). Wobec tego zmuszony byłem przedwcześnie zdjąć opatrunek i zaleciłem okłady z fenolu z kamforą. Po dwóch dniach ustąpiła róża, ale pozostały znaczne ubytki w miejscu wielkich pęcherzy, wobec czego odesłałem dziecko w półopatrunku, tworzącym rodzaj tacy.

Przebieg reszty przypadków był zupełnie gładki, wszędzie uzyskano zupełne odprowadzenie bez żadnej transpozycyi. Między nimi było 9 obustronnych, wszystkie inne jednostronne, 4 dotyczyły chłopców, reszta dziewcząt. Wiele z nich miałem sposobność później widzieć i wszędzie stwierdzałem chód zupełnie prawidłowy.

W dwóch przypadkach szło o dorosłe dziewczęta. U jednej, 26-letniej, były oprócz tego znaczne zmiany gruźlicze w płucach. Chód był bardzo uciążliwy i jedynie przy zastosowaniu żelaznego pierścienia miednicowego z odpowiedniem urządzeniem dla oparcia krętarzy udało się sprowadzić pewną ulgę. Z powodu uciążliwego chodu, a szczególnie bolów i szybkiego nużenia się, chora zdecydowana była poddać się krwawej operacyi. Ze względu jednak na cierpienie płuc odradziłem jej to stanowczo. Druga, nieco młodsza, nosiła również pierścień miednicowy, a chociaż dolegliwości były znaczne, nie chciała się zgodzić na operacyę.

Dwa razy spostrzegałem zwichnięcie u dwojga dzieci z tej samej rodziny. Raz dotyczyło ono 2 dziewcząt, w drugim przypadku dziewczyny i chłopca. Więcej dzieci rodzice ci nie mieli.

Na zakończenie podam w kilku słowach obecny mój sposób postępowania przy wrodzonych zwichnięciach stawu biodrowego.

Odprowadzenia dokonuję w głębokiem uśpieniu, stosując różne metody odpowiednio do przypadku. W ostatnim $1^1/_2$ roku potrzebowałem na odprowadzenie najwyżej 2—3 minut, z wyjątkiem 2 wyżej przytoczonych przypadków, operowanych już przedtem przez innych chirurgów. Przeważnie posługiwałem się metodą, polegającą na maksymalnem zgięciu nóżki i bezpośrednim ucisku na krętarze. Wyciągania maszynowego i wogóle zabiegów przedoperacyjnych, jak np. miesienia mięśni przywodzących, nie stosuję obecnie wcale. Sądzę nawet, że pewne napięcie mięśni ze względu na utrzymanie główki na właściwem miejscu, jest nader korzystne, albowiem główka wciska się silnie w panewkę, co przy odpowiedniem założeniu opatrunku gipsowego wielce się przyczynia do dobrego ustalenia.

Wyciąganie stosowane przy zakładaniu gipsu, uważam wprost za szkodliwe, albowiem przy niem główkę wyciąga się z panewki i przez to pozbawia się ją jej naturalnego oparcia. Opatrunek musi dokładnie przylegać i silnie ustalać, zwłaszcza okolicę miednicy. Przy jednostronnem zwichnięciu gipsuje się tylko chorą nóżkę, co w zupełności wystarcza. Gipsowanie i zdrowej nóżki nadaje może więcej pewności postępowaniu, jednak według mego doświadczenia jest zbyteczne, a sprawia tylko chorym o wiele więcej niedogodności. Opatrunek zakłada się na nóżkę zgiętą i odwiedzioną i stosownie do przypadku bądź na zewnątrz, bądź na wewnątrz (przeważnie jednak na zewnątrz) skręconą.

Przy zwichnięciach obustronnych odprowadzam obydwie nóżki na jednem posiedzeniu i zakładam gips w ułożeniu żabkowatem. Opatrunek pozostawiam od 2—3 miesięcy, poczem go zmieniam. Wcześniejsza zmiana opatrunku nie jest potrzebna, a nawet szkodliwa. Główka bowiem nie może się w przeciągu dni 14, jak to niektórzy autorowie sądzą, tak ustalić, aby mogła wytrzymać różne zabiegi i manipulacye przy zdejmowaniu i zakładaniu opatrunku, szczególnie, jeźli się je nie dosyć ostrożnie podejmuje. Dłużej niż 3 miesiące również nie radzę opatrunku pozostawiać, ponieważ przez ten czas staje się za ciasnym, o ile był dokładnie założony, i ulega zanieczyszczeniu. Tem bardziej, że w tym czasie można kończynę ustalić już w korzystniejszem ułożeniu i przynieść ulgę choremu.

Po operacyi pozostają chorzy w łóżku tak długo, dopóki uskarżają się na silny ból przy dotknięciu, co zwyczajnie utrzymuje się przez 1—2 tygodni, poczem zaczynają chodzić. Przy zwichnięciach obustronnych nie potrzebują żadnych osobnych trzewików, przy jednostronnych do-

stają zwykle wyższy obcas pod trzewik nogi zdrowej. Im więcej chodzą, tem lepiej, albowiem główka lepiej się przystosowuje do panewki i prawdopodobnie także szybciej rośnie. Opatrunek zmienia się 2—3 razy w dwu-miesięcznych odstępach. O ile główka siedzi dobrze, probuje się delikatnych ruchów w stawie biodrowym po każdem zdjęciu opatrunku i ustala się następnie w pozycyi coraz więcej prostej. W przypadkach panewki płytkiej nie próbuję żadnych ruchów, jedynie nóżkę ustawiam ostrożnie w lepszem położeniu.

Po ostatniem zdjęciu opatrunku pozostaje dziecko parę jeszcze dni w łóżku, a w tym czasie stosuję miesienie chorych nóg, ruchy czynne i bierne. W wielu atoli przypadkach, gdzie to było niemożliwe, wynik był również zupełnie pomyślny. Zalecam jednak zawsze stosować miesienie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których wskutek dłuższy czas pozostającego opatrunku wytworzyło się większe lub mniejsze zesztywnienie.

Oceny i sprawozdania.

Księga zdrowia. Przekład polski pod redakcyą dra Władysława Hojnackiego. Wydawnictwo Księgarni Polskiej B. Połonieckiego we Lwowie, 1907, tomów 4, z 432 rycinami i 114 tablicami. Cena w oprawie 30 K.

Zbywało dotąd na książce polskiej, obejmującej całą higienę indywidualną w tej formie, jakiej wymaga wykształceńsza publiczność. Mieliśmy albo dziełka, dostosowane do specyalnych zadań (np. dra Kowalskiego podręcznik dla seminaryów nauczycielskich), albo rozprawki monograficzne, omawiające pewne tylko zagadnienia. Niewątpliwie nie brakło rzeczy doskonałych zarówno wśród rozprawek oryginalnych, jak i trafnie wybranych tłómaczeń; były jednak wśród tłómaczeń i rzeczy słabsze, niektóre znów zbyt pobieżne. W każdym zaś razie z powodu niejednakowego traktowania sprawy przez najrozmaitszych autorów, z powodu nierzadkich sprzeczności między nimi w szczegółach wprawdzie drobniejszych, ale takich, do których laik zwykł przywiązywać wagę, z powodu braku niektórych działów — niepodobna było z tych luźnych książeczek ułożyć żadnej całości i lekarz był zawsze w kłopocie, gdy żądano od niego wskazania jakiegoś dobrego, nowoczesnego, popularnego podręcznika higieny indywidualnej w języku polskim.

Przyjemniej byłoby z pewnością witać nowe dzieło oryginalne. Wobec tego, że coraz więcej piór, i to dobrych, wprzęga się do popularyzacyi różnych działów higieny zarówno w Królestwie, jak i w Galicyi, na książkę taką własnemi siłami zdobyć się możebyśmy mogli. Ale na wykonanie takiej zbiorowej pracy oryginalnej zeszłoby w naszych warunkach sporo czasu; potrzeba zaś była w każdym razie pilna. Dlatego dobrze się stało, że oglądnięto się na razie przynajmniej za książką obcą, zasługującą na przetłómaczenie, które bądźcobądź wymaga mniej trudu, czasu i kosztów, a przy stosownym wyborze większą daje pewność, że wydawnictwo odpowie wymaganiom.

Wybór padł na »Księgę zdrowia«. Wybór to z tego względu dobry, że oryginał opracowało grono rzeczywiście wybornych znawców przedmiotu; wiele rozdziałów wyszło z pod pióra powszechnie uznanych powag lekarskich. Redakcyę przekładu objął dr Władysław Hojnacki, który w naszej literaturze popularno-higienicznej już tak dobrze się zapisał; tłómaczenia poszczególnych działów dokonały dobre siły fachowe.

Całość wypełnia 4 tomy. W pierwszym po ogólnym rozdziale wstępnym, napisanym przez prof. Ortha z Berlina (tłómaczył dr Witold Schreiber), następują: higiena życia codziennego (prof. Grawitz, tłóm. dr Hojnacki), rozdział o środkach spożywczych i higienie żywienia (prof. Rubner, tłóm. docent Panek), o ubraniu (prof. Jaeger, tłóm. p. Konstancya Hojnacka), dalej rozdział p. t. »Powietrze, światło i gimnastyka« (dr P. Jaerschky, tłóm. p. Hojnacka) i »Woda, jako czynnik pielęgnujący zdrowie« (prof. Rieder, tłóm. dr Schreiber). W tomie drugim znajdujemy następujące działy: przemiana materyi (prof. Dennig, tłóm. docent Panek), krew (dr Walz, tłóm. dr T. Zalewski), serce (prof. Eichhorst, tłóm. dr S. Mikołajski), naczynia krwionośne (prof. Eichhorst, tłóm. dr Ferd. Stankiewicz), płuca (prof. Schrötter, tłóm. dr Wł. Kruszyński), żołądek, jelita, wątroba i nerki (prof. Ewald, tłóm. dr F. Stankiewicz), bakterye i choroby zakaźne (prof. Schottelius, tłóm. p. Marya Felauer). W tomie trzecim pomieszczono rozdziały: oko (doc. Sicherer, tłóm. dr Adam Langie), ucho (prof. Hang, tłóm. dr T. Zalewski), nos, gardło i krtań (doc. Neumayer, tłóm. dr T. Zalewski), zęby i jama ust (prof. Port, tłom. dr J. Offe), skóra, włosy i paznokcie (doc. Riecke, tłóm. dr L. Feuerstein). Wreszcie w tomie czwartym opracowano: choroby kobiece i okres macierzyństwa (doc. Schaeffer, tłóm. dr Hojnacki), wiek dziecięcy i wiek szkolny (doc. Trumpp, tłóm. dr Hojnacki), zniekształtnienia ciała (prof. Lange i doc. Trumpp, tłóm. dr S. Ruff), życie płciowe (prof. Gruber, tłóm. dr L. Feuerstein), w końcu nerwy i umysł (prof. Forel, tłóm. dr E. Brzeziński).

W każdym z rozdziałów szczegółowych uwzględniono w dostatecznej mierze fizyologię i omówiono najważniejsze choroby. Pytania, czy w niektórych rozdziałach nie zanadto daleko wkroczono w obręb właściwego lecznictwa, roztrząsać tu, mówiąc o dziele tłómaczonem, nie będziemy. Przekład zadowolnić może wybredne nawet wymagania. Rycin jest taka obfitość, jaką w piśmiennictwie naszem niestety nieczęsto spotkać można; większość z nich dobra, niektóre nawet doskonałe i bardzo pouczająco pomyślane. Niemniej gdzieniegdzie pragnęłoby się widzieć lepsze, choćby za to odpaść miały inne, mniej potrzebne (np. cały szereg obrazków, dołączonych do pracy Jaerschkyego, które możnaby śmiało pominąć, a które przytem są nienajlepiej odbite). Na uznanie zasługuje staranie, by z rycin, poczerpniętych z oryginału, pousuwać napisy niemieckie.

Bardzo praktycznym jest pomysł wydawcy, by każdy z rozdziałów wydać także jako osobną książeczkę, dostępną nawet dla tych, którychby całość nie interesowała lub odstraszała ceną. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Schade. **O sposobie działania okładu Prysznicowskiego w zapaleniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Uwzględniając prawa, którym podlega zachowanie się ciśnienia osmotycznego w prawidłowym i nieprawidłowym stanie ustroju, można wytłómaczyć dotychczas zupełnie niezrozumiałe, a bezsprzecznie korzystne działanie okładów Prysznicowskich. Ciśnienie osmotyczne surowicy krwi, w warunkach prawidłowych zupełnie stałe, ulega zmianie w stanach chorobowych; i tak, zwiększa się znacznie w tkance, dotkniętej zapaleniem. Nowsze zaś badania dowodzą, że to zwiększenie się ciśnienia osmotycznego nie pozostaje bez wpływu zarówno na wielkość danych pierwocin komórkowych, jak i na ich budowę i czynność, stoi też w ścisłym związku z uczuciem bolu, towarzyszącem zapaleniu. Ale nie każde zapalenie przebiega z podniesionem ciśnieniem osmotycznem. Przy tak zwanych zimnych ropniach gruźliczych niema podniesienia się ciśnienia; przebiegają też one klinicznie zazwyczaj bezboleśnie. Na zasadzie tych praw tłómaczy S. teoretycznie korzystny wpływ okładów wysychających na sprawę zapalną w sposób następujący. W najbliższem otoczeniu tkanki, widocznie sprawą zapalną zajętej, znajduje się okolica tak zw. utajonego obrzęku, blada skutkiem miejscowego niedokrwienia. Otóż pod wpływem okładu wysychającego powstaje w tej okolicy silne przekrwienie czynne; wzrasta tedy różnica w ciśnieniu pomiędzy środkiem, gdzie sprawa zapalna jest najsilniejsza, a obwodem, a ten wzrost spadku osmotycznego ciśnienia, pobudzając żywsze krążenie limfy ku częściom obwodowym, sprzyja szybszemu wydalaniu wytworów zapalnych z miejsc zapaleniem dotkniętych. Przez rozszerzanie przestrzeni limfatycznych przyczyniają się wysychające okłady — zdaniem autora — i do usuwania zapalenia z narządów wewnętrznych, nieraz głęboko położonych. S. uważa za rzecz zupełnie możliwą, że sztucznie, przez okład wysychający wywołane czynne przekrwienie powłok klatki piersiowej przyczyniać się może do zmniejszenia nadmiernego ciśnienia osmotycznego w płucu, dotkniętem stanem zapalnym. *Dr M. Godlewski.*

Jousset. **Rozpoznanie gruźlicy ostrej.** (*La Clinique* Nr 18, str. 275). Autor na podstawie swego długoletniego doświadczenia stara się podać wskazówki, po którychby można rozpoznać gruźlicę ostrą już w pierwszym tygodniu. Gruźlica

ostra może albo pozostać wyłącznie bakteryemią, albo też może obrać sobie siedzibę w pewnym narządzie lub systemie narządów. W tym drugim przypadku niejako wybiórcze (elektywne) sadowienie się sprawy wyróżnia ją od innych podobnych. Przedewszystkiem ulegają zmianom płuca i wtedy zauważa się duszność, bole samoistne albo wywoływane czynnikami zewnętrznymi w międzyżebrzach. Obecność (zwykle w małej ilości) wysięku opłucnego surowiczego obustronnego jest znamienną dla gruźlicy ostrej. Jeśli są jakiekolwiek objawy mózgowe, szczególnie w zakresie wzroku, jak światłowstręt, ból przy uciskaniu gałek ocznych, wzmożone parcie śródgałkowe, zez lub nierówność źrenic, należy koniecznie i zawsze nakłuć kanał kręgowy, wydobyć kilka centymetrów sześciennych płynu mózgowo-rdzeniowego i odrazu szukać prątków gruźliczych, bez uciekania się do cytodyagnostyki. Autor postępuje tak od 18 lat i prawie w połowie przypadków gruźlicy ostrej znalazł prątki. Dla rozpoznania bakteryemii gruźliczej w ścisłem tego słowa znaczeniu podaje autor 3 wskazówki: 1) Gorączka wysoka lub nawet nizka, stała lub zwalniająca, a nawet wahająca się, ale nigdy nie mająca cech gorączki trawiącej. Niema ona żadnego typu, nie da się opisać. 2) Obecność w moczu małej ilości białka. Mocz bywa dość obfity i zawiera mniej indykanu, niż wśród duru. 3) *Polypnoë*. Chory oddycha prędko, nie odczuwając duszności, jak tylko wyjątkowo, nigdy zaś lęku. Chory oddycha prędko zwykle stale, czasem zaś w napadach (*crises respiratoires*), dla których przysłuch nie daje żadnego wytłómaczenia. *Stahr.*

Herz. **W sprawie badania ruchomości serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 16). Nadmierna ruchomość serca zdarza się przy stwardnieniu tętnicy głównej w niedokrwistości, a przedewszystkiem w neurastenii. Autor posługiwał się dla stwierdzenia stopnia ruchomości serca badaniem chorych w dwóch położeniach. Oznaczywszy granice serca w zwykłej postawie stojącej, porównuje się je z granicami w postawie silnie wyprostowanej (postawa wojskowa). Skutkiem silnego wyprostowania kręgosłupa rozszerza się dolna część klatki piersiowej (*apertura thor. inf.*), skutkiem czego napina się przepona, a koniec serca przesuwa się nieco ku dołowi i ku wewnątrz. W prawidłowych warunkach przesunięcie to wynosi $1^1/_2$ ctm. *Dr M. Godlewski.*

Bittorf. **Dalsze badania, dotyczące ciśnienia krwi, oraz przerostu serca w przebiegu stwardnienia tętnicy głównej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Stwardnienie tętnicy głównej przebiega zazwyczaj z przerostem serca, który jednak często z powodów technicznych trudno udowodnić (rozedma, tusza). Badania autora dowiodły jednak, że nawet w takich razach występują zwykle pewne oznaki (głuchy i przedłużony, często rozszczepany ton pierwszy i przedłużona faza skurczu), które przemawiają za przerostem serca. Ów przerost wywołany jest utratą elastyczności tętnicy głównej, skutkiem czego odpada oczywiście jej działanie, wspierające pracę serca; to musi się oczywiście odbić na pracy tego narządu. — Drugi niemal stały objaw stwardnienia tętnicy głównej, t. j. podniesione ciśnienie krwi, wywołany jest nietylko zwiększonymi, przez brak elastyczności tętnicy, oporami w krążeniu, lecz także zmianami w zwojach nerwowych, znajdujących się w zmienionej ścianie tętnicy głównej (w nerwie błędnym przebiegają gałązki obniżające ciśnienie). Autor zwraca też uwagę na nieopisaną dotąd okoliczność, a mianowicie, że w przebiegu stwardnienia tętnicy głównej występuje nierzadko tętno chybkie (*pulsus celer*). Jest to oczywiście w związku ze zmianami w elastyczności zajętej tętnicy. *Dr Maryan Godlewski.*

Stern. **Badanie serca przy wysokiem ułożeniu miednicy, jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu chorób serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Z badań autora wynika, że ułożenie to może nieraz w rozpoznaniu oddać wielkie usługi. Przedewszystkiem t. zw. nieczysty ton skurczowy traci w tem ułożeniu swój nieczysty charakter, szmery zaś, zwłaszcza w ujściu żylnem lewem, stają się wyraźniejsze, aniżeli przy osłuchiwaniu w zwykłej postawie. Dlatego należy zawsze badanie uzupełniać przy wysokiem ułożeniu miednicy, jeźli prócz niedomykalności przypuszczać można także i zwężenie lewego ujścia żylnego. Wyniki opukiwania zwłaszcza granic prawego serca są w tem ułożeniu o wiele pewniejsze. *Dr Maryan Godlewski.*

Dehler. **W sprawie leczenia osób, roznoszących dur.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 16). Wiadomo, że prątki durowe mogą żyć niekiedy w ustroju ludzkim bez żadnej dla niego szkody, a mimoto ustrój taki szerzyć może wokoło siebie groźną epidemię. Zwłaszcza chorobowo zmieniony pęcherzyk żółciowy może niekiedy być niejako zbiornikiem czystej hodowli prątków durowych, wiadomo bowiem, że żółć sprzyja rozwojowi tych bakteryi. W jednym takim przypadku dopiero operacyjnie powiodło się kobietę, cierpiącą na biegunki, uczynić dla otoczenia nieszkodliwą, poczem zniknęły również i biegunki. *Dr M. Godlewski.*

Hoesslin. **Badania kliniczne i doświadczalne, dotyczące sprawy wydzielania się aglutynin w moczu chorych na dur brzuszny.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 18). Miejsce tworzenia się aglutynin jest jeszcze zupełnie nieznane. Śledzionie, gruczołom limfatycznym, szpikowi kostnemu, oraz ciałkom białym przypisują rolę czynną w tym względzie. Tak samo i sprawa wydzielania się tych substancyi z ustroju jest po dziś dzień bardzo jeszcze niejasna. Z badań na chorych i na zwierzętach wysnuwa H. wnioski następujące: U chorych durowych, u których białkomocz się nie pojawia, nie wydzielają się również i drogą nerek aglutyniny. Wydzielanie się aglutynin idzie równolegle z przepuszczalnością miąższu nerkowego dla białka, oraz z aglutynacyjną wartością surowicy krwi. Wydzielanie się aglutynin tą drogą nie wywołuje ubytku ich w ustroju, straty te bowiem ustrój natychmiast uzupełnia. *Dr M. Godlewski.*

Regina Kahane. **W sprawie włosogłówki** (*trichocephalus*). (*Corresp. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 8). Objawy, wywołane przez włosogłówki, mogą być bardzo rozmaite; za najważniejsze jednak uznać należy: niedokrwistość i zaburzenia jelitowe. Rozpoznać sprawę łatwo zapomocą badania drobnowidowego kału, w którym znajdują się bardzo znamienne żółte lub czerwonobrunatne jajka; trzeba tylko na to uważać, żeby przez różne procedury bakteryologiczne przedtem jajek tych nie zniszczyć. Należy więc kał badać przed podjęciem tych procedur, inaczej wynik mógłby być ujemny mimo obecności włosogłówek w jelitach. Powszechnemu mniemaniu, że włosogłówka, najczęstszy pasorzyt jelitowy, niema żadnego znaczenia dla ustroju, przeczą spostrzeżenia ciężkich zaburzeń, mogących kończyć się nawet śmiercią. K. poleca podawanie tymolu (wewnętrznie i przez odbytnicę), zapomocą którego w swoim przypadku uzyskała wyleczenie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

W. Zimmermann. **Wrzody „z rozciągnięcia"** (Dehnungsgeschwüre) **powyżej zwężeń jelitowych.** (*Corresp. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 8). Z. opisuje trzy przypadki takich wrzodów (zwężenie było w jednym z nich skutkiem raka pętli esowatej, w drugim skutkiem raka okrężnicy zstępującej, w trzecim skutkiem raka lewego jajnika). Wrzody powyżej zwężeń jelitowych uważa Nothnagel za odleżynowe (ucisk twardych grud kału); Kocher natomiast nazywa je wrzodami »z rozciągnięcia«, przypuszczając, że są one skutkiem zaburzeń krążenia, wywołanych przez nadmierne rozciągnięcie jelita powyżej zwężenia. — Wrzodów tych niepodobna napewno rozpoznać; nie ustalono dotąd żadnego niezawodnego obrazu ich klinicznego. Spotykane w tych przypadkach w stolcu krew, ropa i strzępy tkanki mogą być zarówno objawem wrzodu »z rozciągnięcia«, jak i rozpadającego się raka. Niejaką wskazówką co do siedziby wrzodu mogłaby być ograniczona tkliwość na ucisk. Zresztą jedyną radą, jak i w rozpoznaniu innych rzadkich zmian, jest to, żeby »nie zapominać o możliwości« takiego wrzodu. Rokowanie jest zawsze poważne; leczenie może być jedynie operacyjne. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Styracol. Eter kwasu cynamonowego i gwajakolu. Rozkłada się prawie zupełnie w ustroju i uwalnia gwajakol z połączenia. Bez zapachu i smaku; rozpuszcza się w wodzie i w rozcieńczonych kwasach. Stosują go ze skutkiem w przewlekłych biegunkach i w gruźlicy pierwszego stopnia. Dawki: 1 gram na 4 razy u osesków, 1,50 gr. na 4 razy u dzieci starszych, 4 gramy na 4 razy u dorosłych.

Bromek metylatropiny ($C_{16}H_{20}O_3 = N \equiv CH_3 . CH_3 . Br_2$). Tworzy białe kryształy, zawiera 20,80% bromu, rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Działa kojąco na ból i na układ nerwowy, rozszerza źrenice, jak atropina, i znieczula. Wewnętrznie można go podawać w dawkach 1 do 2-miligramowych, aż do 6 miligramów na dzień, w proszkach, pigułkach, w płynach, jakoteż w tej ilości wstrzykiwać pod skórę. Zewnętrznie w wodach ocznych, w pomadach do 5%.

Almateina ($CH_2O_2 = (C_{16}H_{12}O_5)_2 = CH_2$). Proszek lekki, różowy, bez zapachu i smaku. Nierozpuszcza się w wodzie. Działa na jelita odkażająco i ściągająco. Podaje się ją wewnętrznie po 0·2—0·6 gr. na raz, do 5 gramów dziennie. Zewnętrznie używa się jej w proszku albo samej, albo z innymi środkami, albo w roztworze glicerynowym. *Stahr.*

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał **Dr E. Stahr.**

Nerwoból i jego leczenie.

Schultze (Bonn), główny sprawozdawca, mówi naprzód o przyczynach mechanicznych nerwobólu [ucisk, przeciągnięcie nerwu (Zerrung)]. Nerwiaki kikutowe wywołują ból przez to, że otoczka nerwu zrasta się z otoczeniem, co utrudnia poruszanie się nerwu. S. nie wierzy, żeby zwykłe przekrwienie mogło wywoływać nerwoból; nie godzi się też z teoryą Nothnagla, że przyczyną bólu w większości przypadków kamicy żółciowej i kolki jelitowej jest podrażnienie nerwu z powodu braku dopływu krwi, wywołanego stałym skurczem warstwy mięsnej jelita, ale raczej pisze się na zapatrywanie Wilmsa, upatrując przyczynę nerwobólu w naciągnięciu nerwów otrzewnych. Zapalenie nerwu i otoczki nerwowej często idą w parze; odróżnienie tych spraw od właściwego nerwobólu często jest niemożliwe. Nerwobóle wśród chorób zakaźnych są prawie zawsze wyrazem zapalenia nerwu. Zagadkowym pozostaje tylko nerwoból zimniczy. S. przyznaje w patogenezie nerwobólu wielkie znaczenie przeziębieniu. Istnieją nerwobóle bez żadnych zaburzeń w samym nerwie, a to na tle histeryi i neurastenii; rzadko w ten sposób bywa zajęty n. trójdzielny. Nerwobóle toksyczne mogą być wywołane już to przez przyczyny tkwiące w ustroju (endogen), już to pochodzące z poza ustroju (exogen). Do pierwszych należy zaparcie stolca (nerwoból twarzowy i rwa kulszowa), chociaż na ogół znacznie autorowie w tym względzie przesadzają. Dalszą przyczyną nerwobólu może być stwardnienie tętnic, nieprawdopodobnym zaś jest wpływ żylaków. Wrodzona skłonność neuropatyczna, ogólna nerwowość, usposabiają do nerwobólów. Wyniki badań anatomiczno-patologicznych są dotąd prawie żadne, zdaje się tylko, że stwardnienie tętnic ma doniosłe znaczenie dla tego cierpienia. Ból wychodzić może z każdego odcinka nerwu czuciowego, nie wiemy tylko, czy szara istota rdzenia może być zajętą. Punkty bolesne nie są stałe, ale ich nigdy nie brak w przypadkach zapalenia nerwu. Mówiąc o leczeniu, nie zatrzymuje się S. wcale przy lekach chemicznych, których liczba jest olbrzymia, chwali tylko jako czasami niezwykle skuteczną akonitynę. Lepsze wyniki dają metody fizyczne: miesienie, galwanizacya, ciepło w różnych odmianach, gorące natryski powietrzne i sposób Biera. Z 20 chorych, przysłanych na klinikę chirurgiczną w Bonn, 12 uleczono powyższymi sposobami. S. nie zna wpływu promieni Röntgena. Próbował z dobrym wynikiem kąpieli piaskowych, szkockich natrysków i t. p. Zarzucił zupełnie wyciąganie nerwu operacyjne, natomiast często stosuje wyciąganie nerwu ortopedyczne. W ostrych przypadkach zaleca przedewszystkiem wypoczynek w łóżku. Wstrzykiwanie niektórych środków w okolicę zajętego nerwu może przynieść ulgę, ale może też wywołać prawdziwe porażenie. Wyskok wstrzyknięty wywołuje zwyrodnienie nerwu i działa jak wycięcie nerwu. Wstrzykiwanie 5% kokainy bywa czasem niebezpieczne. Wstrzykiwania miąższowe sposobem Langego wywołują często gorączkę, choć wyniki są na ogół dobre. Mimo wszystko są przypadki, które wymagają zabiegu operacyjnego: w nerwobolu n. trójdzielnego należy w takim razie uciec się do wycięcia zwoju Gassera, jak to robi Krause. Ale to zabieg niebezpieczny i zniekształtniający; nadto nerw często odradzał się i dlatego polecano plombowanie kanałów kostnych. W przypadkach rwy kulszowej nie można wycinać nerwu, ale dobre wyniki daje sposób Bardenheuera (wycięcie spojenia krzyżowo-biodrowego i zatopienie zwoju krzyżowego w głąb mięśni).

Schlösser (Monachium), drugi sprawozdawca, mówił wyłącznie o leczeniu nerwobólów miejscowemi wstrzykiwaniami wyskoku. Wyskok 70% lub 80%, wstrzyknięty wprost do nerwu, wywołuje jego zwyrodnienie i wessanie całego odcinka otoczki nerwowej, w którą wyskok wstrzyknięto. Nerwy jednak, tak ruchowe jak i czuciowe, później odradzają się od obwodu ku środkowi w różnym przeciągu czasu, zależnie od wielkości zwyrodniałego odcinka. Metody tej używał S. w przypadkach opornych i przewlekłych, nigdy w świeżych. Leczył dotąd 202 chorych na różne nerwobóle. Wstrzykiwał zawsze wyskok 80% w jedno miejsce chorego nerwu i to jak najbliżej ośrodka, a nadto wstrzykiwał bardzo często jeszcze raz w punkt, położony między ośrodkiem a obwodem, i to w ilości od 1 do 4 cm³. Jeżeli szło o nerwy wyłącznie lub przeważnie czuciowe, używał większych dawek (do 4 cm³), do ruchowych nerwów zaś dawek mniejszych, a powtarzanych aż do zjawienia się niedowładu. Otóż właśnie możność pojawienia się niedowładu, a nawet porażenia, są wadami tego sposobu leczenia. U 2 swych chorych widział S. niedowład w zakresie nerwu twarzowego, a 2 razy w zakresie n. okoruchowego wspólnego. Po 3 miesiącach dopiero zupełnie ten niedowład ustępował. Zdarzają się także czasem i głębokie blizny między żwaczami, szczęką, a podstawą czaszki tak, że zjawia się rodzaj szczękościsku. Przypadków nerwobólu w zakresie n. trójdzielnego leczył autor 123, wyleczenie trwało średnio 10 miesięcy i 6 dni. Na 38 przypadków rwy kulszowej miał S. zupełnych uleczeń 36, 2 razy były nawroty po 3—6 miesiącach. Na 16 przypadków nerwobólu potylicznego było 16 wyleczeń; — 8 nerwobólów ramienia, 1 międzyżebrowy, 2 nerwobóle po amputacyi kończyn, 2 nerwobóle przeszywające u chorych na wiąd rdzenia, 1 w zakresie n. udowo-goleniowego wyleczono bez nawrotu. Ale na 11 przypadków drgawek twarzowych było 9 nawrotów. Autor zachęca do dalszych prób, bo sposób ten jest niejako chemiczną resekcyą nerwu, a w każdym razie znacznie mniej niebezpieczny, niż wycinanie zwoju Gassera.

Lange (Lipsk) radzi wstrzykiwać w miąższ nerwu fizyologiczny roztwór soli (z dodatkiem kokainy) w ilości od 50 do 150 cm³. W ten sposób rozciąga się otoczkę nerwu, co wywołując żywy ból, równocześnie dowodzi, że do nerwu dotarło. Chorego tak leczonego należy zostawić w łóżku. Często już po pierwszem wstrzyknięciu następuje poprawa, a uleczenie zupełne często już po 3 dniach. Sposobu tego nie używa autor nigdy w nerwobólu n. trójdzielnego.

Alexander (Berlin) leczy rwę kulszową wstrzykiwaniami roztworu Schleicha. Nie wstrzykuje nigdy ponad 10 cm³. Wstrzykuje zaś zawsze w punkty bolesne. A. nie widział nigdy żadnego odczynu. Nie koniecznie trzeba wstrzykiwać w sam chory nerw, wystarczy wstrzyknąć w okoliczne mięśnie, gdyż bardzo wielu chorych na rwę kulszową okazuje objawy schorzenia mięśni (myopatyi). A. podkreśla z naciskiem współrzędność nerwobólów z objawami schorzenia mięśni zarówno w zakresie twarzy, jak i uda.

Goldscheider (Berlin) podziela zapatrywania Alexandra i zaznacza, że sposób Alexandra o tyle przewyższa sposób Langego, że może być stosowany nietylko przez specyalistę, ale przez każdego lekarza w praktyce codziennej. Sposób ten nie tylko uśmierza nerwoból, jak niektórzy podają, lecz istotnie go usuwa.

Fedor Krause (Berlin) przyczynę różnic w opiniach autorów co do skuteczności różnych sposobów widzi w tem, iż przypadki leczone przez różnych lekarzy były rozmaitego nasilenia. Sam jako chirurg spotyka tylko przypadki rozpaczliwe: na 134 operowanych z powodu nerwobólu w zakresie n. trójdzielnego 17 usiłowało odebrać sobie życie. Z początku wykonywał K. tylko resekcyę obwodową: na 79 takich operacyi stracił tylko 2 chorych (jeden zmarł na zapalenie płuc po wyleczeniu się z rany, drugi na krwotok mózgowy po zabliźnieniu się rany). Zabieg ten dał jednak tylko 14% trwałych uleczeń, w 10% musiano jeszcze usunąć zwój Gassera, reszta chorych zaś miała nawroty nie ciężkie. Zwój Gassera wyciął K. u 56 chorych: 8 zmarło wśród operacyi, 48 żyje dotąd i są najzupełniej zdrowi. K. nie zauważył nigdy, żeby się nerw odradzał i nie wierzy w to. Dzięki technice, jaką K. stosuje, zabieg ten nie oszpeca chorego. W końcu ostrzega K. przed podawaniem morfiny (morfinizm!). (C. d. n)

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

II. Szczepienie ochronne od ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Z obowiązanych do szczepienia dzieci (niemowląt) zaszczepiono w r. 1901 — 90·5%, w r. 1902 — 90·70%, w r. 1903 — 91%; w tym względzie był więc, aczkolwiek bardzo drobny, po-

stęp. Ewidencya szczepionych jest we Lwowie i w Krakowie bardzo niedokładna; w dwudziestu kilku powiatach pozostaje nieszczepionych więcej niż 10% dzieci. W niektórych powiatach stwierdza Rada zdrowia wielkie pod tym względem niedbalstwo, tem godniejsze napiętnowania, że nietylko stałe, ale nawet statecznie wzrastające, jak np. w powiecie limanowskim, kosowskim, gdzie pozostaje około 25% (!) nieszczepionych. Zaniedbany jest też powiat tarnowski. Natomiast przodują dobrym przykładem i to od lat wielu powiaty łańcucki, śniatyński, przeworski, a w ostatnim czasie i krakowski. Szczepienie przy przyjmowaniu do szkoły ludowej dzieci, u których nie ma widocznych blizn szczepiennych, nie jest jeszcze dostatecznie rozpowszechnione, np. w r. 1903 w 7 powiatach nie szczepiono ani jednego dziecka szkolnego; jednakże wydane przez Radę szkolną w r. 1903 zarządzenia pozwalają spodziewać się w przyszłych latach poprawy. Szczepienie kosztowało w r. 1901 (bez rewakcynacyi i szczepień z konieczności 130,487 K (jedno szczepienie 30 h), w r. 1902 — 125,672 K (28 h), w r. 1903 — 123,253 K (28 h). Dwa istniejące w kraju zakłady wytwarzają rocznie bezmała ½ miliona porcyi krowianki, dającej wynik pomyślny w 95·3—97·4% u szczepionych, około 87% u rewakcynowanych.

III. Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Woda do picia i użytku. W rozdziale tym podają sprawozdania Rady zdrowia z lat 1901—3, jak i dawniej, w alfabetycznym porządku powiatów: zaprowadzone ulepszenia, liczbę i jakość zbudowanych studzien, nawiązując gdzieniegdzie uwagę o warunkach zaopatrzenia w wodę wogóle i stanie tej sprawy w tym lub owym powiecie. Ten sposób przedstawienia rzeczy nie dawał dokładnego obrazu całości tej sprawy w kraju i nie dozwalał czytelnikowi wysnuć dokładnych wniosków o poczynionych postępach, już choćby z tego względu, że relacye, z różnych powiatów rozmaicie opracowane, nie wszędzie podają ściśle liczby. Np. w sprawozdaniu za r. 1903, zliczywszy nowych studni 1737, dalecy jeszcze jesteśmy od prawdziwej liczby, bo np. o powiecie rudzkim czytamy, że przybyło studni »kilkanaście«, o starosamborskim, że przybyło ich sporo, o kilkunastu innych nawet tego ogólnikowego określenia nie podano, nie mówiąc o oznaczeniu jakości nowych studzien i t. d.

Można jednak obecnie mieć już pewność, że Sprawozdanie z r. 1903 jest ostatniem, w którem braki te się odczuwa i że najbliższe już sprawozdania będą w tym rozdziale niemniej ściśle i cenne, jak np. są już od lat szeregu rozdziały, dotyczące głównych chorób nagminnych. Równocześnie bowiem prawie ze Sprawozdaniem Rady zdrowia za r. 1903 ukazało się w druku wyborne sprawozdanie, dokonane z ramienia Namiestnictwa przez inspektora sanit., radcę rz. dra Józefa Barzyckiego[1]). Praca ta, wielkiej wartości, daje dokładny obraz tego, jak kraj cały zaopatrzony był w wodę w r. 1905 i co w tym względzie zrobiono w ostatnich latach, oraz wskazówki, co i jak nadal czynić należy[2]). Nietrudno więc będzie na przyszłość uzupełniać co roku tę podstawową pracę, nadając trwałą wartość temu rozdziałowi Sprawozdań Rady Zdrowia, o ile oczywiście uzupełnienia te oparte będą na dokładnych liczbach i wiadomościach. Byłoby pożądane, by główne przynajmniej dane, zebrane w pracy dra Barzyckiego, objęte zostały jednem z przyszłych Sprawozdań Rady zdrowia na pożytek tych czytelników Sprawozdań, którzy pracy dra Barzyckiego nie będą mieli pod ręką. (C. d. n.)

Słów kilka o kobietach lekarkach.

Wykład historyczny.

Napisał

Dr Adam Langie.

Od najdawniejszych czasów kobiety poszczególne zajmowały się medycyną i wykonywały praktykę lekarską, chociaż dopiero w ostatniem stuleciu przypuszczono je do studyów uniwersyteckich i do uzyskania na równi z mężczyznami dyplomów doktorskich. Przeważnie poświęcały się gałęzi, dla nich z natury rzeczy najodpowiedniejszej, więc położnictwu, i dlatego z położnemi spotykamy się w najodleglejszej epoce dziejów świata.

Według podań greckich w bajecznych czasach same boginie zstępują z Olimpu, by nieść pomoc kobietom rodzącym; w czasach historycznych czynią to zwykłe śmiertelniczki. Jedną z takich bardzo cenionych akuszerek (po grecku μαῖα) była matka Sokratesa, nazwiskiem Phaenarethe, żona rzeźbiarza Sophroniskosa. Przechowała się też opowieść o innej młodej kobiecie Agnodike, która w czasach, gdy w Atenach samym tylko mężczyznom zajmować się wolno było leczeniem, przebrała się po męsku i wyuczywszy się położnictwa u znanego lekarza Herophilosa, zaczęła wykonywać praktykę. Wprawdzie, oskarżona o to, stanąć musiała przed areopagiem, ale za wstawieniem się najznakomitszych dam ateńskich została uwolnioną, a wyrok ten przełamał dawny przesąd i otworzył kobietom szerokie pole wykonywania praktyki położniczej. Musiało to dziać się gdzieś w IV wieku przed Chr., bo wtedy właśnie żył Herophilos i odtąd, chociaż mężczyźni nadal poświęcają się położnictwu, położne zdobywają wielką wziętość, bo zrozumiałem jest, że kobiety w tych swoich wstydliwych cierpieniach daleko chętniej u nich, niż u mężczyzn, szukają porady. Że jednak już przedtem musiały być w Atenach położne, tylko może wyjątkowo tolerowane, dowodzi dopiero co przytoczona matka Sokratesa, który żył w V wieku, a więc wcześniej, niż mogło być owo zdarzenie z Agnodike.

W Egipcie położnictwo stało na niższem, pośledniejszem miejscu poza innemi naukami lekarskiemi; przy porodach czynną była starsza położna z trzema pomocnicami. Prócz położnictwa zdaje się wyjątkowo i innemi także gałęziami medycyny trudniły się tam kobiety. Przemawia za tem nazwisko jednej takiej lekarki z okresu piramid, kapłanki bożka Tot, która nazywała się Merisanch. Królowa Kleopatra (* 68 † 30 przed Chr.) zajmowała się też medycyną teoretyczną; studyowała mianowicie trucizny i przysposabiała odtrutki, co w owej epoce było zajęciem ulubionem, zwłaszcza przez głowy koronowane, niepewne srodze swego życia. Kleopatrze też przypisywanem bywa autorstwo dzieła o chorobach kobiecych, dedykowanego córce.

W biblii również są wzmianki o położnych, chociaż rola ich przy porodzie ogranicza się tylko do pocieszania rodzącej.

W Chinach znów przeciwnie do dziśdnia jeszcze praktykę położniczą wykonują wyłącznie kobiety, a lekarz, jeżeli bywa wzywany, zadowalnia się podawaniem środków, łagodzących bole, pozostawiając wszystkie zabiegi i rękoczyny położnej.

W Japonii od najdawniejszych czasów znane są położne, nazywane *Samba*. Prócz pomocy, udzielanej przy porodach, zajmowały się one także spędzaniem płodu. Z końcem VII wieku po Chr. powstają w większych miastach japońskich szkoły lekarskie, w nich nierzadko nauczają kobiety.

W Rzymie za czasów cesarstwa spotykamy obok lekarzy mężczyzn także kobiety lekarki »*medicae*«, rekrutujące się najczęściej z pomiędzy położnych, które prócz swego zawodu zajmują się też leczeniem i innych chorób. Jako pierwsza lekarka słynie tam Valeria Verecunda, nader biegła położna; jako specyalistka do chorób piersi »*medica a mammis*« Forella Melaniona; Galen w pismach swych wspomina o lekarce Antiochis, która była specyalistką do chorób śledziony; Soranus czyni wzmiankę o lekarce Elephantis, specyalistce chorób skórnych. Dalej Salvinia, Lais i Aspasia. Wykształcenie zawodowe położnych rzymskich musiało stać wysoko, jeżeli n. p. Soranus żąda od nich, aby objęły całokształt nauk lekarskich, aby znały farmakologią, dyetetykę i zabiegi położnicze, jeżeli wreszcie faktem jest, że wzywane bywały nieraz jako znawczynie przez sądy w sprawach, tyczących się ciąży, porodu, lub chorób kobiecych (Seneka).

Z czasów chrześciańskich przechowała tradycya nazwiska lekarek: Św. Teodozyi w IV wieku po Chr., św. Nieeraty w V w., wreszcie św. Hildegardy († 1178), autorki dzieła p. t. »*Physica*«, a która też zajmowała się praktyką lekarską.

O wiele już późniejsze są słynne położne, autorki wielce za ich czasów cenionych książek, zawierających przeważnie praktyczne wskazówki, oparte na rozległem własnem doświadczeniu, a mianowicie Bourgeois w XVI wieku, du Tertre i Siegemundin w XVII, Boivin i Lachapelle z końcem XVIII i na początku XIX stulecia. O kobietach tych, których działalność piśmiennicza przyczynia się nawet do rozwoju medycyny, a zwłaszcza położnictwa, posiadamy już więcej szczegółowych wiadomości.

Ludwika Bourgeois, po mężu Boursier, ur. 1564 r., uczennica słynnego Paré, położna w Hôtel-Dieu w Paryżu od r. 1598, a później od 1601—1610 nadworna położna Maryi Medycyjskiej, żony Henryka IV., napisała »*Observations diverses*

[1]) »Przegląd higieniczny« 1906/7 i osobna odbitka.
[2]) Por. Sprawozdanie w Nr — »Przeglądu« str. —.

sur la sterilité.... etc.« w 3 księgach, wydane w Paryżu 1609 r. W dziele tem opisała po raz pierwszy wypadnięcie pępowiny i odprowadzenie jej, podała też bardzo dobry opis położenia twarzowego i stosowanych przy tem zabiegów, obok mnóstwa cennych dla położnych, a nawet dla lekarzy wskazówek, odnoszących się do porodu, chorób kobiecych i noworodków.

Małgorzata du Tertre, po mężu de la Marche, przysięgła położna miasta Paryża, od r. 1660 naczelna położna szpitala Hôtel-Dieu, wydała 1674 r. podręcznik dla położnych, napisany w formie pytań i odpowiedzi p. t. »*Instruction familière....* etc.«, w którym zebrała wszystkie wskazówki i wiadomości potrzebne do wykonywania praktyki położniczej. Powtórzone są tu właściwie nauki Ludwiki Bourgeois z dodatkiem własnych, nieco odmiennych, zapatrywań.

Wielką sławę w XVII wieku zdobyła sobie nadworna położna dworu Wielkiego Kurfirsta w Berlinie Justyna Dittrich, po mężu Siegemundin († 1705), autorka dzieła, które przez długi czas uchodziło za kanon wszystkich niemal europejskich położnych, a nosiło bardzo długi ówczesną modą tytuł, zaczynający się: »*Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter, das ist ein höchst-nöthiger Unterricht von schweren und unrechtstehenden Geburten....* etc.«, wydane 1690 r. Książka napisana jest w formie rozmowy dwóch położnych, z których jedna, przedstawicielka ludowych wierzeń i przesądów, rozmawia z drugą, przedstawicielką racyonalnego położnictwa, opartego na nauce lekarskiej. Siegemundin była samoukiem, praktykowała zrazu bezpłatnie dla ubogich na wsi, później przez lat 12 w Lignicy i tam zyskała sławę, nabywszy czysto doświadczalnie wielkiej wprawy i zręczności. Odbija się to nawet w jej książce, gdzie widoczne braki dokładnych wiadomości teoretycznych wynagradza doskonale opisane badanie i leczenie praktyczne. Ona to wprowadziła nowy zabieg, połączony z obrotem na nóżki przy wypadniętej rączce, nazywany od niej »podwójnym zabiegiem Siegemundin«.

Marya Ludwika Lachapelle, ur. 1769 była naczelną położną w *Hospice de la Maternité*, otwartem w Paryżu 1797 r. przy szpitalu Hôtel-Dieu, a bogate swe doświadczenie złożyła w książce, wydanej 1825 r., więc już po jej śmierci († 1821) przez siostrzeńca jej lekarza Antoniego Dugès, noszącej tytuł: »*Pratique des accouchements....* etc.«.

Uczennicą pani Lachapelle była Marya Anna Boivin (* 1773 † 1847), naczelna położna paryskiego *Maison royal de santé*, która otrzymała nawet tytuł doktora *honoris causa* w 1827 r. od Wydziału lekarskiego w Marburgu. Autorka wielu prac pomniejszych i podręcznika »*Mémorial de l'art des accouchements*«, wydawanego kilkakrotnie (pierwsze wydanie 1812 r.).

Niemal równocześnie odznaczyły się w Anglii: Sara Stone, autorka podręcznika, wydanego 1737 r. »*Complete practice of midwifery*«; Elżbieta Nihell, występująca w broszurach polemicznych przeciw wykonywaniu położnictwa przez mężczyzn; Marya Dunally, która w 1814 r. wykonać miała pierwsze cięcie cesarskie u żywej kobiety; w Niemczech zaś Marya Teodora v. Siebold.

Kobiety wymienione tem więcej podziwiać musimy i tem bardziej oceniać ich piśmiennicze prace, że nauka położnych nie stała wówczas na tym poziomie, co dzisiaj, a nawet brak było przez długie wieki wogóle wszelkich podręczników, z których teoretycznych nabrać mogłyby wiadomości. To, czego się nauczyły, zawdzięczały przeważnie sobie samym, własnej bystrości spostrzegawczej i wybitnym bezwątpienia zdolnościom. W Grecyi i w Rzymie młodsze położne uczyły się u starszych, a chociaż czternasta księga dzieł Soranusa, zatytułowana περὶ γυναικείων, przeznaczona jest prawie wyłącznie dla użytku położnych, to jednak w czasach przed wynalezieniem druku korzystanie z pisanych dzieł było ogromnie niedostępne.

Pierwszą drukowaną książkę, będącą podręcznikiem położnictwa, spotykamy dopiero w XVI stuleciu. Napisał ją i wydał 1513 r. w Strasburgu Eucharius Roesslin p. t. »*Der Swangeren Frawen und Hebammen Rosegarten*«. Zebrał tam autor zwięźle wszystkie dotychczasowe wiadomości położnicze od najdawniejszych czasów i po raz pierwszy wyłączył położnictwo z zakresu chirurgii, ujmując w jedną zamkniętą całość. Przez dwa blizko wieki cieszy się też książka jego wielkiem wzięciem, tłómaczoną jest na kilka języków i z niej uczą się całe pokolenia położnych.

W XVI w. spotykamy się również ze szkołami dla położnych, z których najdawniejsze były, zdaje się, w Paryżu i Frankfurcie. Na początku XVII wieku powstaje szkoła taka w Monachium. Ale i te szkoły początkowo nie musiały stać na wysokości swego zadania, skoro 1745 r. kilkadziesiąt paryskich położnych wniosło podanie do Wydziału lekarskiego z prośbą o reorganizacyę nauczania, co istotnie w dwa lata później nastąpiło przez urządzenie osobnej szkoły, wyłącznie dla położnych przeznaczonej, w *Collège de chirurgie*.

* * *

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące ostrzeżenie:*

Lekarz brodzkiej powiatowej Kasy chorych, zamieszkały w Szczurowicach, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej kasie.

Wzywa się wszystkich Kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z zarządem Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali tej posady bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Prezydent Izby: *Dr Festenburg.*

Skuteczności organizacyi lekarzy dowodzi sprawa Kasy chorych we Frysztacie na Śląsku, opisana obszernie przez dra Olszaka w nadesłanem nam przez Związek państwowy org. lek. austr. piśmie. Kasa ta pokrzywdziła już przed kilku laty lekarzy w Boguminie, tworząc w miejsce dawniejszych 2 posad, płatnych po 1,800 K, jedną z płacą 1,600 K; próbowała też obniżyć wynagrodzenie lekarza w Karwinie z 900—1,000 K, na 400 K rocznie, a używała wobec lekarzy 8-dniowego wypowiedzenia. W końcu nawet tych wynagrodzeń, nie dochodzących 2 K za członka rocznie, lekarze nie otrzymywali, gdyż wskutek złej gospodarki wpadła Kasa w długi; zaległości, które kasa winna była lekarzom i aptekom, doszły do 20,000 K w maju 1906. W tymże czasie powiodło się zorganizować lekarzy okręgu frysztacko-bogumińskiego, a gdy żądania organizacyi, stawiane Kasie, nie odnosiły skutku, zebrał Zarząd organizacyi pisemne zaręczenie wszystkich lekarzy z całego okręgu, iż na własną rękę nie wejdą z Kasą w żadne układy. Wtedy lekarze Kasy zagrozili wypowiedzeniem miejsc, a gdy rozpoczęte układy Kasa przewlekała i przez 5 kwartałów zalegała z wypłatą należnych honoraryów, wypowiedzieli istotnie swe miejsca na 14 dni naprzód, od 1. IV. 1907. Równocześnie za pośrednictwem Izby śląskiej ostrzeżono lekarzy innych krajów przed przyjmowaniem miejsc w tej Kasie. To poskutkowało. Ponowne układy, w których pośredniczyło Starostwo, uwieńczył zupełny skutek. Kasa zobowiązała się zapłacić zaległe honoraryę w $1/3$ części w ciągu 2 tygodni, w $1/3$ po 3 miesiącach, w $1/3$ zaś do końca września, na przyszłość za leczenie każdego członka płacić po 4 K rocznie, zgodziła się na 3-miesięczne wypowiedzenie, na udział delegata lekarzy w posiedzeniach zarządu i t. d. *R.*

Piętnaście zgromadzeń lekarzy w różnych miejscowościach Dolnej Austryi urządził w ciągu dwóch tygodni prezes Państwowego Związku organiz. lek. austr., dr Janeczek. W zebraniach uczestniczyło przeszło 450 lekarzy i zaproszeni posłowie sejmowi, którzy ze zdumieniem dowiedzieli się, dla jak skromnych żądań lekarzy podjął z nimi walkę Wydział krajowy dolnoaustryacki. Wynikiem tych zebrań będą narady posłów sejmowych w d. 13. i 23. maja, by na Sejmie, rozpoczynającym się 25. maja, sprawę tę poruszyć. Gdyby i Sejm sprawy nie załatwił, chwycą się lekarze dolno-austr. środków ostatecznych. *R.*

Wydział Związku lekarzy rządowych galicyjskich przedłożył 28. IV. b. r. Namiestnikowi petycyę o uregulowanie dyet w podróżach służbowych i wybrał delegatami na Walne Zebranie Związków lekarzy rządowych, w Wiedniu odbyć się mające, drdr Czyżewicza, Obtułowicza, ewentualnie Wursta i Kurasiewicza. (»Tyg. lek.«). *R.*

Lwowska sekcya Tow. Samopomocy lekarzy wybrała 4. V. b. r. swym prezesem dra Sielskiego, wiceprezesem dra Trzcienieckiego, sekretarzem dra Felsa, skarbnikiem dra Skałkowskiego i po wysłuchaniu wykładu dra Flisa z Krakowa »O potrzebie organizacyi lekarzy« uchwaliła do rozpoczętej w tym względzie akcyi się przyłączyć. *R.*

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyła się 19. IV. b. r. konferencya z powodu **projektu ubezpieczenia robotniczego** na wypadek choroby, **opracowanego przez ministeryum** przemysłu i handlu. Sprawozdawcami byli dr Żenczykowski i dr Winiarski.

Dr Żenczykowski streścił naprzód projekt, składający się z 2 części: *a*) o zapomogach na wypadek choroby, *b*) o pomocy lekarskiej, przyczem jednakowe przepisy mają obowiązywać Cesarstwo i Królestwo Polskie, wyjątek może stanowić tylko Kaukaz. Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegają pracownicy, zajęci w fabrykach, kopalniach, na kolejach, okrętach i wogóle przy komunikacyi, dalej bez względu na ilość robotników w przedsiębiorstwach, używających kotłów parowych, maszyn wprowadzanych w ruch siłami natury, lub zwierząt, w przedsiębiorstwach zaś z urządzeniami fabrycznemi bez maszyn, czynnych przy pomocy sił natury lub zwierząt, jeśli liczba stale zajętych robotników jest nie niższa od 10. Nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu pracownicy z pensyą powyżej 1500 rs., jak również ci, którzy najęci są na okres krótszy, niż dwa tygodnie. Zapomóg na wypadek choroby udzielać mają kasy chorych, w których uczestniczą i pracodawcy i pracownicy. Główny urząd ubezpieczeń (centralny dla całego państwa) rozstrzyga, które z przedsiębiorstw i kto z pracowników ma podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu (§ 10 a). Kasy chorych przy fabrykach, zatrudniających ponad 100 robotników, zatwierdzają miejscowe urzędy ubezpieczeń, w przedsiębiorstwach z mniejszą ilością pracowników kasy chorych mogą być założone tylko na zasadzie osobnego pozwolenia miejscowych urzędów ubezpieczeń (§ 40 a), mających zresztą prawo łączyć kilka takich mniejszych kas w jedną (§ 41 a), jak również wyłączać drobne przedsiębiorstwa z pod obowiązkowego ubezpieczenia (§ 42). Środki kasy składają się z opłat pracodawców i pracowników w stosunku 1 : 2; wkładki nie mogą w zasadzie być niższe, niż 1 prc., ani wyższe, niż 3 prc. zarobków. W razie likwidacyi kasy przechodzi jej majątek na rzecz osobnego funduszu, zawiadywanego przez centralny urząd ubezpieczeń (§ 44 a), a służącego na zapomogi dla uboższych kas w państwie. Zapomogi w razie choroby wynoszą dla żonatych $^1/_2$—$^2/_3$, dla kawalerów $^1/_4$—$^1/_2$ dziennego zarobku nie mogą być pobierane jednym ciągiem dłużej, niż 13—26 tygodni, a w ciągu roku najwyżej przez 30 tygodni. Na koszta pogrzebu wypłacana będzie 30-krotna dzienna zapomoga (§ 13 a). Kasy mogą przyjąć na siebie obowiązek wspomagania w chorobie i leczenia rodzin uczestników; wydatki na to nie mogą przenosić $^1/_3$ wpływów kasy (§ 14 i 15 a). Każda kasa ma zarząd, którego $^1/_3$ część mianuje pracodawca na 3 lata, a resztę wybierają uczestnicy kasy na walnem zgromadzeniu, któremu przewodniczy pracodawca (§ 27, 26 a). Ci pracownicy, którzy korzystają z obowiązkowego ubezpieczenia zapomogowego, mają prawo korzystać na koszt pracodawców z bezpłatnej pomocy lekarskiej pod postacią pierwszej pomocy w nagłych i nieszczęśliwych przypadkach, leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego, pomocy akuszeryjnej, oraz z lekarstw, środków opatrunkowych i innych pomocy lekarskich (§ 1, 2 e). Pomoc lekarską w tym zakresie pracodawcy mają prawo dawać w naturze, albo przelewać na kasy chorych częściowo, lub w całości, opłacając wtedy kasie za każdego robotnika od 3—5 rs. rocznie, albo przelewać na instytucye ziemskie i miejskie, za taksą, przewidzianą w § 21 ustawy o dobroczynności publicznej; wreszcie poszczególni fabrykanci mają prawo łączyć się w celu udzielania wspólnym kosztem pomocy lekarskiej swoim pracownikom. Jeśli pomoc lekarska, udzielana w naturze, nie odpowiada swemu zadaniu, to pracodawca musi przelać swe obowiązki na kasę chorych. Kasy chorych zaś udzielają pomoc lekarską odpowiednio do swych funduszów (§ 9 b). Z pomocy lekarskiej korzystają pracownicy przez czas trwania najmu. Jeśli pracodawca daje pomoc lekarską w naturze, to w razie choroby przewlekłej, czyniącej robotnika niezdolnym do pracy, musi leczyć robotnika na swój koszt przez 4 miesiące po rozwiązaniu kontraktu najmu, a w razie choroby, wynikłej z nieszczęśliwego wypadku, przez 2 lata (§ 4 b). Oprócz sum, przelewanych przez pracodawców na rzecz kas chorych, obowiązani są pracodawcy 10 prc. od tych sum opłacać centralnemu urzędowi ubezpieczeń na rzecz ogólno-państwowego funduszu kas chorych.

Sprawozdawca czyni projektowi rządowemu następujące zarzuty:

1) Projekt wyłącza z obowiązkowego ubezpieczenia wszystkich rzemieślników, dziennych wyrobników, szwaczki, służbę domową folwarczną i handlową, woźniców, nawet robotników fabrycznych, zajętych krócej, niż 2 tygodnie; to daje pole do nadużyć i przy złej woli może pozbawić pomocy lekarskiej większość pracowników fabrycznych, co łatwo osiągnąć przez zawieranie umów na czas krótszy, niż 2 tygodnie. 2) Projekt ministeryalny jest właściwie w obecnych stosunkach w Królestwie krokiem wstecz, a nie postępem. 3) Prawodawca wcale nie zna stosunków Królestwa Polskiego, albowiem przewiduje tylko jeden typ kas chorych, a nie uwzględnia naszych związków zawodowych, kas cechowych, kas gminnych i t. d.; natomiast tworząc urzędy centralne w sposób iście biurokratyczny, chce krępować rozwijające się życie wewnętrzne. 4) Centralistyczny projekt rządowy nietylko ogniskuje w Petersburgu władzę, lecz w dziwny sposób stara się scentralizować w swoich rękach kapitały. Ponieważ Królestwo Polskie liczy mniejwięcej 300.000 robotników fabrycznych, więc według projektu, licząc koszta pomocy lekarskiej po 4 rs. na robotnika, rocznie wynosiłyby opłaty 1,200.000, z czego 10 prc., t. j. 120.000 przelewanoby rocznie podług projektu ministeryalnego do Petersburga na potrzeby całej Rosyi; na takie zaś prezenta nas nie stać. 5) Wyłączając z kosztów pomocy lekarskiej robotników, projekt w dalszym ciągu będzie podtrzymywał wieczne niezadowolenie pracowników wobec pracodawców wtenczas, kiedy chociaż skromny udział pracowników w kosztach i stąd płynące prawo kontroli usunęłyby wiele nadużyć i niezadowolenia ze strony samych robotników.

Sprawozdawca podaje wreszcie następujące wnioski: *a*) Pomoc lekarska dla pracującej ludności powinna być całkowicie obowiązkiem kas chorych, które miałyby jednolity zarząd i dla sprawy leczenia i dla zapomóg, udzielanych chorym. *b*) Należy rozszerzyć obowiązkowe ubezpieczenie (pomoc lekarską i zapomogi) na całą ludność pracującą, nie wyłączając służby folwarcznej. *c*) Do świadczeń kas chorych powinny mieć prawo i rodziny uczestników. *d*) Typ kas chorych dla Królestwa Polskiego nie może być jednolity, lecz różnie zastosowany do potrzeb i środków tej klasy ludności, dla której jest przeznaczony. Każdy z tych typów powinien jedynie czynić zadość pewnym niewielkim wymaganiom zasadniczym i pozostawać pod nadzorem władz samorządnych. *e*) Fundusz, pozostały z likwidacyi kas, jak również 10 prc. dodatki do opłat, wnoszonych przez pracodawców, powinny pozostawać w kraju i być obracane na potrzeby miejscowej ludności pracującej. *f*) Królestwo Polskie powinno posiadać własny główny zarząd kas. *g*) W zarządzie głównym krajowym, jak również w zarządach okręgowych, prócz przedstawicieli władz krajowych, powinni zasiadać przedstawiciele kas chorych z wyboru.

Dr Winiarski czyni prawie te same zarzuty projektowi ministeryalnemu, tylko oświetlając je z innej strony. Szczególnie silnie krytykuje pomysł pomocy lekarskiej w naturze wyłącznie na koszt fabrykanta, w tych słowach: »Pomoc ta, podawana w naturze, wyłącznie na koszt pracodawcy, wypróbowana u nas przez szereg lat, pomimo wielkich nakładów pieniężnych chybiła zupełnie swego celu, a przyczyniła się znacznie do większego zaognienia stosunków pomiędzy pracownikami, a pracodawcami. System ten wpływa bardzo szkodliwie i na samą sprawę leczenia, usuwając z niej tak ważny czynnik, jak wiarę i zaufanie do lekarza, którego robotnicy uważają za urzędnika i obrońcę interesów fabrykanta. System ten prowadzi do lekceważenia pomocy lekarskiej, do podejrzliwości i pogardy względem wszelkich nakładów na pomoc lekarską i do marnowania ich w sposób często niesłychany. Z dotychczasowego systemu niezadowoleni są i fabrykanci, i robotnicy, i lekarze. Nadto system ten, niezmiernie sprzyjając symulacyi, deprawuje robotników. Można z całą pewnością twierdzić, że i nadal tak będzie, dopóki system ten nie będzie całkowicie zarzucony, a udzielanie pomocy lekarskiej ludności pracującej nie będzie całkowicie zaliczone do obowiązków kas chorych, które miałyby jednolity zarząd i dla sprawy leczenia, i dla zapomóg, udzielanych chorym«.

Dyskusya, w której zabierali głos doktorzy Dunin, Bronowski, Chełchowski i inni, nie dała bardziej zasadniczego wyświetlenia rzeczy, niż to uczynili obaj sprawozdawcy.

Dr med. S. Bronowski.

Przedwyborcze żądania lekarzy stosownie do odezw Izb lekarskich przedłożył kandydatom do Rady Państwa z powiatu wadowickiego, dr Łazarskiemu i dr Binderowi, st. lekarz pow. dr Zawadziński, uzyskując od obu kandydatów przyrzeczenie, że żądania lekarzy poprą. Zresztą z żadnego powiatu (prócz Jasła) nie otrzymaliśmy wiadomości o podobnych wystąpieniach lekarzy na zgromadzeniach przedwyborczych. *K.*

W obronie swego projektu ubezpieczenia lekarzy nadesłał nam dr Wątorek następujące wyjaśnienie:

Autor notatki w Nrze 19 »Przegl. lek.« str. 256 zapytuje od siebie czytelnika, czy lekarz może rocznie preliminować w swoim budżecie kwotę 700 kor. na swoje asekuracye, a po

odliczeniu n. p. 200 koron t. zw. »dywidendy«, choćby tylko 500 koron. Autor notatki widocznie nie zrozumiał istoty mego projektu, która polega na tem, że na pewną ściśle określić się mającą grupę ubezpieczeń, przymusową dla członków, lekarz nie będzie płacił ryczałtem rocznym, półrocznym, czy miesięcznym, t. zn. zapomocą większej sumy, czy sum, przez siebie indywidualnie zaoszczędzonych, ale zapomocą drobnych kwot, codziennie przez siebie składanych zapomocą kupowania blankietów Towarzystwa na recepty itp. do wspólnego skarbu Towarzystwa. Towarzystwo zaś, zebrawszy te oszczędności wspólne do swego skarbca, będzie płacić danym Tow. asekuracyjnym, na rachunek grupy asekuracyi przymusowych, za każdego członka równą ilość pieniędzy, czyli t. zw. »dywidendę«, zaś resztę należytości, rozmaitą dla rozmaitego wieku członków, Towarzystwo to, mając cechy stowarzyszenia pożyczkowego, każdemu członkowi zaliczy, czy pożyczy na pewien prc., a następnie ściągnie z niego należytość w stosownych ratach, a w razie oporu choćby zapomocą egzekucyi, przy zastosowaniu innych zwykłych w takich razach obostrzeń, jak np. prc. zwłoki itp. — Oczywiście, ten sposób płacenia wspólnego, według zasady »Jeden za wszystkich, wszyscy za jednego«, pewnego oznaczyć się mającego »minimum asekuracyi«, przymusowego dla każdego członka, ma obok dogodności w płaceniu premii kwotami minimalnemi, a częstemi, tę dodatnią stronę, do naszego niepewnego zawodu przystosowaną, że: *a*) bogatsi będą płacić częściowo na uboższych (czyli stworzy się tem samem dla członków asekuracyę na wypadek zubożenia, czy spadku dochodów z powodu np. konkurencyi), *b*) koledzy chorzy i przez to samo niezdolni do zarobkowania, przestają tem samem płacić premie na poczet swoich polic, i to dosłownie przez czas swej niezdolności do zarobkowania. (Jest to przeto asekuracya tego rodzaju, że w razie czasowej niezdolności do pracy ustaje automatycznie płacenie premii, a zatem idziemy o krok dalej, aniżeli te Tow. asekuracyjne, które biorą na siebie ryzyko, iż obowiązek płacenia premii ustaje w razie trwałej niezdolności do pracy).

Uwaga autora notatki, iż lekarz na swe przymusowe minimum asekuracyi będzie płacił gotówką 500 kor., do czego jako dodatek doliczy się dywidendę 200 kor., świadczy, iż autor istoty całego projektu nie zrozumiał. Rzecz się ma wręcz przeciwnie. — Dążę do tego, aby członkowie najmłodsi nic nie dopłacali gotówką do minimum zabezpieczenia, a jedynie chyba, aby gotówką dopłacali starsi koledzy, których asekuracya będzie droższą z powodu i stosownie do wieku. Wydatność dywidendy trudno z góry obliczyć. Na razie w pierwszym roku trwania Towarzystwa proponuję na próbę przyjąć podatek: 10 centów od recepty, 25 centów od świadectwa lek. i 10 prc. od ryczałtów. Jeżeli się okaże po roku, że podatek ten jest zanadto wydatny tak, iż np. najmłodsi koledzy z dywidendy mieliby nadwyżkę, to się podatek obniży, lub stworzy jakieś rezerwy specyalne. Jeżeli zaś zajdzie ewentualność przeciwna, to się podatek za zgodą Walnego Zgromadzenia Stowarzyszenia podwyższy do tej wysokości, jaka się okaże potrzebną. Inna rzecz, gdyby kraj stworzył fundusz emerytalny. W takim razie w naszym interesie leżałoby, by podatek za recepty był jak najniższy. Przy tej wysokości opodatkowania się wzajemnego, jaki proponuję, może nawet pesymista obliczyć dochód roczny co najmniej na 700 kor. rocznie na każdego członka. Kwota ta najzupełniej wystarczyłaby na pokrycie ubezpieczenia osobistego każdego lekarza. Jednakowoż ja z całym naciskiem wiążę w jedną całość osobistą asekuracyę z asekuracyą wdów i sierot tak wydatną, aby przedstawiała 20.000 koron, w nadziei, że podobnie, jak urzędnicy, zgodzą się na ewentualne dopłaty i lekarze nieżonaci. Ta asekuracya wdów i sierot, wprost konieczna dla żonatych, jest równie konieczną i dla nieżonatych. Każdy z nich, gdy się ożeni, słusznie będzie mógł żądać: Zapłaciłem na wdowy i sieroty, gdym był nieżonaty, niech obecnie inni nieżonaci dopomogą mi do zabezpieczenia mojej rodziny.

Czy dużo naogół znajdzie się członków Towarzystwa? Nie wiem, bo nie mogę przewidzieć, ilu z lekarzy płacących dziś asekuracye indywidualne, umie logicznie myśleć. Jako urodzony optymista sądzę, że wszyscy lekarze logicznie myślą i na tym fundamencie buduję mój gmach. Z mej strony staram się tłómaczyć wszystkim i każdemu z osobna jasno korzyści z tego rodzaju zabezpieczenia. Dziwię się, dlaczego zwłaszcza w Krakowie rzecz idzie opornie, skąd mam na 63 zgłoszeń dopiero 4. Dotychczas mam 63 zgłoszeń. Czy to dużo? Sądzę, że tak. Proszę sobie wyobrazić, że buduję hotel lekarski o 1000 pokojach. Budynek dopiero w grubszych zarysach, a już mam 63 ofert na mieszkania. Na razie ideałem moim jest zdobyć 100 członków tak, abym z dniem 1 lipca już mógł Towarzystwo w ruch puścić. Dlaczego 100? Bo wtedy koszta administracyi Towarzystwa w zupełności się opłacą z samych tylko prc. od inkassa i prc. od agencyi Tow. asek., tak że nawet mimo inwestycyi, koniecznych przy założeniu Towarzystwa naszego, mam nadzieję rok zamknąć nadwyżką z owych procentów. Jeżeli w czasie Zjazdu lekarzy zdobędę dalszych 100 członków, Towarzystwo nasze będzie prosperować świetnie. Jeżeli zaś liczba członków dojdzie 500 i jeżeli między tymi 500 członkami znajdzie się połowa lekarzy szpitalnych, wybierzemy delegacyę i pomówimy ze Sejmem i Wydziałem krajowym.

Z autorem notatki nie chcę polemizować, chcę go przekonać, równie jak przekonałem kol. Pacynę, który się kartką na członka zgłosił. Lubię niewiernych Tomaszów, bo z tych bywają najlepsi współwyznawcy. Pierwsze Zgromadzenie organizacyjne Towarzystwa odbędzie się we wtorek dnia 21-go maja o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w sali Tow. lekarskiego ul. Dominikańska 8. *Dr A. Wątorek* (Lwów, Szeptyckich 34, I p.).

Towarzystwo „Pomocy koleżeńskiej" w Poznaniu liczyło w r. 1906 członków 145, udzieliło 1,400 Mk na zapomogi stałe i jednorazowe wdowom i sierotom po lekarzach, posiadało 11,867 Mk. funduszów żelaznych. Prezesem Towarzystwa jest dr Buski, sekretarzem dr Pomorski, skarbnikiem dr Krysiewicz (Now. lek. 5).

Drugi Związek felczerów w Królestwie, mianowicie w Zagłębiu Dąbrowskiem, ukonstytuował się 28. IV. b. r. na zebraniu w Sosnowcu; trzeci powstaje w Warszawie. *K.*

Biura sanitarne miast Rzeszowa, Buczacza i Podgórza wydały drukiem sprawozdania za rok 1906. Sprawozdanie z Rzeszowa opracowali r. s. dr Zagórski i dr Teller, z Buczacza r. c. dr Krzyżanowski, z Podgórza dr Smorągiewicz.

W Rzeszowie wynosiła śmiertelność (przy ludności 21.400 m.) 15‰; stosunki więc były bardzo pomyślne pod tym względem, zarówno, jak i co do chorób zakaźnych, których zgłoszono tylko 104 przypadki, a z których jedna tylko odra miała charakter nagminny (zgłoszono 50 przypadków). Wobec chorób zakaźnych stosowano odpowiednie, a energiczne sposoby zwalczania. Na odkażanie wydano 2907 K. W szpitalach (powszechny, więzienny, izraelicki i 2 wojskowe) leczyło się 3156 osób; w ambulatoryum dla ubogich w biurze sanitarnem 736, w ambulatoryum ocznem w szpitalu, prowadzonem przez członka biura sanitarnego, 1885 osób. Na ukończeniu jest nowy wzorowy budynek nowej szkoły miejskiej, dla której urządzenie wewnętrzne (ławki i t. d.) obmyślono starannie, uwzględniając możność finansową gminy. Lekarze miejscy zbadali stan zdrowia 4732 uczniów szkół miejskich (sprawozdanie podaje statystykę stwierdzonych cierpień, głównie oczu), nadzorowali pilnie szkoły i stancye studenckie, zakłady przemysłowe, środki spożywcze, (których wiele skonfiskowano), prostytucyę (wykonano 1697 rewizyi; oddano 45 kobiet do szpitala, gdzie oddział weneryczny żeński prowadzi lekarz miejski, mając przez to doskonałą kontrolę nad wyleczonemi, co znacznie wpływa na zmniejszenie się chorób wenerycznych w Rzeszowie). Miasto wkrótce otrzyma dobre łazienki, subwencyonując ich budowę (10.000 K.), rozpoczęło roboty wodociągowe (wydano 18.975 K.), zasklepia i reguluje przerzynający miasto potok (27.108 K.), kładzie bruki i buduje kanały (około 70.000 K.), dba o czystość ulic (16.222 K.) i t. d. Jednem słowem nie są przesadą słowa sprawozdania, że r. 1906 był istotnie »dalszym ciągiem asanacyi miasta«, a ze sprawozdania widać, że energiczna praca biura sanitarnego trafia na zrozumienie i poparcie u władz miejskich. Zdawałoby się nam pożądanem, by przyszłe sprawozdania zawierały szczegółowsze zestawienia istniejących jeszcze braków sanitarnych i zamierzonych środków ich usunięcia.

W Buczaczu pomimo energicznej inicyatywy i gorliwej pracy Biura sanitarnego stosunki zdrowotne są mniej pomyślne. Przyczyną jest zarówno wielkie ubóstwo niewielkiego tego miasta (liczącego 12.098 mieszkańców), jak i niższa kultura ludności. Śmiertelność w r. 1906 dochodziła 24‰. Z chorób nagminnych grasowały panujący bez przerwy od 13 lat dur brzuszny (103 przypadki † 9) i płonica (150 przyp. † 25). Na odkażanie wydano jednak tylko 350 K. Miasto zbudowało wprawdzie ½ klm. kanałów i projektuje dalszy kilometr, ale »czyszczenia i odkażania kanałów nie przeprowadza się dla braku funduszów«. Gdzie działalność sanitarna zależy wprost od biura sanitarnego, tam sprawa lepiej stoi; widać to n. p. z wykazu skonfiskowanych nieodpowiednich środków spożywczych, choć i tutaj skarży

się sprawozdanie, że niema sposobu zwalczyć oszustw handlarzy buczackich, wysyłających »łój zamiast masła, a ochłapy zamiast mięsa« z sąsiednich stacyi kolejowych. Z 2561 dzieci szkolnych zbadano co do zdrowia 1507. Starano się też widocznie poprawić higienę szkół, o ile to możliwe przy takiem przepełnieniu, że na dziecko wypada gdzieniegdzie ledwo 2·13 m.³ przestrzeni. W szpitaliku powiatowym leczono 169 chorych stałych, 380 przychodnich, w izraelickim 76 stałych, 375 przychodnich. Troskliwie nadzorowano zakłady przemysłowe, które widocznie bardzo tego potrzebują, skoro »prawie wszystkie piekarnie należałoby ze względów higienicznych pozamykać«. Także i »higiena budownictwa, kanalizacyi, wody do picia jest słabą stroną« Buczacza. Ogrodów publicznych i plantacyi niema żadnych i t. d. Trudno wreszcie temu wszystkiemu się dziwić, skoro Buczacz »należy do najuboższych miast, majątku niema żadnego, długów zaś przeszło ½ miliona koron, opłaca po 240 prc. (!) dodatków do podatków«. Rzeczywiście bez wydatnej pomocy na cele asanizacyjne ze strony rządu, czy kraju, niepodobna marzyć w tych warunkach o znaczniejszej poprawie stosunków; od żądania tej pomocy zaczyna się też szereg kończących sprawozdanie wniosków.

Już w zeszłym roku podnosiliśmy, że inne nasze miasta powinnyby pójść za dobrym przykładem Rzeszowa i Buczacza i zdawać publicznie sprawę ze swych stosunków sanitarnych i poczynionych postępów. To też z uznaniem należy powitać wydane po raz pierwszy »Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych m. Podgórza w r. 1906«. W mieście tem, liczącem 20.984 mieszkańców, a zabudowanem ciasno i wązko wzdłuż Wisły i pobliskich wzgórz, warunki nie sprzyjają ogólnej zdrowotności. Jeżeli mimoto śmiertelność wynosiła tylko 17‰, to przyczyną tego jest, iż statystyka nie obejmuje mieszkańców Podgórza, zmarłych w szpitalach krakowskich (w Podgórzu szpitala niema). Z chorób zakaźnych umarło osób 28; przeważnie przyczyną była tu płonica, która nieustannie się odnawia, krzewiąc się głównie wśród izraelitów przez chajdery (w r. 1906 zgłoszono przypadków 104, † 15). Drugie miejsce zajmuje dur brzuszny (16 † 3); można jednak oczekiwać tu poprawy, bo miasto rozpoczęło wstępne badania celem budowy wodociągów. Zagrażający dur plamisty zwalczono przez zastosowanie bardzo energicznych środków (ścisłe internowanie wszystkich mieszkańców zakażonego domu). Po chorobach zakaźnych odkażanie wykonywa się bardzo dokładnie dzięki ustanowieniu w r. z. osobnego stałego sanitaryusza; wydano na odkażanie 975 K. Sprawozdanie wskazuje na postęp, jaki uzyskać można co do stanu zdrowia dzieci, oddawanych na wychowanie, jeżeli się roztoczy pilny nadzór nad wychowawczyniami. W Podgórzu prowadzi się rejestr żywicielek, które muszą mieć na swój proceder pozwolenie lekarza miejskiego, kontroluje się ich mieszkania i t. d. To też, gdy przed 10 laty zmierało rocznie po 70 dzieci, oddanych na wychowanie, w r. z. zmarło już tylko 10. Środki żywności troskliwie nadzorowano; nieodpowiednie konfiskowano. O czyszczeniu miasta, brukach i t. d. nie zawiera sprawozdanie danych, wymieniając tylko kary, nałożone na stróżów i właścicieli domów za nieporządek. Kanalizacya miasta przeprowadzaną jest konsekwentnie od r. 1896; zbudowano dotąd 4 klm. kanałów (z tego ½ klm. w r. z.); na 564 domów jest 300 połączonych z kanałami. Młodzież szkolna (3082) mieściła się w 7 niedawno pobudowanych odpowiednich budynkach. Wszystkie sale szkolne razem miały 3246 m. »powierzchni kubicznej« (?). Sprawozdanie podaje co do zdrowia dziatwy tylko dane o płonicy. — Skoro raz zrobiono dobry początek, to zapewne w przyszłych sprawozdaniach znajdą się szczegóły także o sprawach, w tym roku mimochodem tylko dotkniętych.

Krajowa Rada Zdrowia podaje (w Sprawozdaniu za r. 1903), że także miasta Przemyśl i Tarnów wydawały doroczne sprawozdania sanitarne. Niestety sprawozdań tych nie nadesłano nam ani w tym, ani w zeszłym roku i nie wiemy, czy sprawozdania te dalej wychodzą. Gdyby nawet jednak tak było, to 5 publicznie zdających sprawę na 65 samoistnych gmin sanitarnych w kraju jest liczbą stanowczo za małą. Przedewszystkiem zaś nie mieliśmy jeszcze nigdy w ręku dorocznych sprawozdań sanitarnych ze Lwowa i Krakowa. Nie wiemy, czy miasta te, mające przecie świecić krajowi przykładem, wogóle sprawozdania takie wydają. *R.*

Lekarze szkolni w Galicyi ustanowieni będą prawdopodobnie najrychlej w seminaryach nauczycielskich, gdzie już obecnie są lekarze »docentami higieny i somatologii«. Natomiast sprawa lekarzy szkolnych w szkołach ludowych, gdzie rząd także radby ich wprowadzić, weszła na tory niepomyślne. Rząd bowiem (ministerstwo oświaty) z góry oświadczył, że na ten cel żadnych wydatków ponosić nie będzie i proponując uregulowanie tej sprawy w drodze ustawodawstwa krajowego, postawił zasadę, że koszt lekarzy szkolnych powinien być pokrywany tak, jak inne wydatki na szkolnictwo ludowe. Wydział krajowy zaś zajął również stanowisko odporne, gdyż niepodobna całego kosztu lekarzy szkolnych przenieść na strony konkurencyjne, a krajowy fundusz szkolny, i tak już nadmiernie obciążony, nie może się do kosztów tych przyczynić. *R.*

Premie dla matek. Rada m. Krakowa przyznała instytucyi »Kropla Mleka oraz Biuro porady dla matek« oprócz zwykłej rocznej subwencyi pewną kwotę na premie dla matek, uznane dziś ogólnie za jeden z najdzielniejszych środków w walce ze śmiertelnością niemowląt. Premie po 10 K rozdzielane będą co 3 miesiące (po raz pierwszy w lipcu b. r.) pomiędzy matki, uczęszczające do »Biura porady«, a wyróżniające się starannością w pielęgnowaniu niemowlęcia.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. do 11. V. 1907 doniesiono o 4 nowych przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie w m. Krakowie 1 i w pow. Brody (Brody 3); o 45 przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: we Lwowie 1, w pow. Bohorodczany (Markowa 2), Drohobycz (Drohobycz 1), Gródek (Wiszenka mała 4), Horodenka (Dąbki 6), Jaworów (Bruchnal 1, Nahaczów 1, Czołhynie 1, Przyłbice 4), Kamionka (Niesłuchów 1), Kosów (Szeszory 2), Lisko (Manasterzec 1, Baligród 1), Mościska (Małnów 2, Wola małnowska 6), Nadwórna (Łuk 1), Przemyśl (Bachów 1), Rawa (Biała 4, Smolin 1, Hujcze 4) i o 11 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 7 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 2 (z tych 1 stwierdzony bakteryol.), w pow. Chrzanów (Czerna 1), Gorlice (Gorlice 1), Nowy Sącz (1 stwierdz. bakter.), Rawa (Poddubce 3), Zbaraż (Zbaraż 2), Żydaczów (Mikołajów 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. I w tym tygodniu wykazu nie otrzymaliśmy.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 5. do 11. V. 1907, urodziło się dzieci żywo 63, nieżywo 7; zmarło osób 57 (w tem obcych 24), wśród nich z gruźlicy 15 (8), zapalenia płuc 6 (2) płonicy 2. *R.*

Dur powrotny w Warszawie. Na około 260 przypadków, pomieszczonych w szpitalach, oblicza »Gaz. lek.« (Nr 18) śmiertelność dotychczasową na 2%, donosząc zarazem, że od chorych zaraził się lekarz i 4 posługaczy.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Na posiedzeniach publicznych Zjazdu wygłoszone być mają następujące wykłady:

I. Posiedzenie ogólne: 1) dr Władysław Biegański (Częstochowa): O współczesnej filozofii przyrody. 2) R. Dw. prof. dr Henryk Jordan (Kraków): Temat zastrzeżony. 3) R. Dw. prof. dr Ludwik Rydygier (Lwów): Zagajenie w sprawie akcyi przeciwrakowej.

II. Posiedzenie ogólne: Prof. dr Stanisław Rothert (Odessa): O nowoczesnej ewolucyi poglądów na sprawę sposobów odżywiania się organizmów roślinnych.

Komitet gospodarczy otrzymał zawiadomienie, że delegatem Uniwersytetu w Zagrzebiu na X. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich został wybrany dr Gustaw Janeček, profesor chemii i dziekan Wydziału filozoficznego. Jako delegat lekarzy polskich w Chicago przybędzie na Zjazd do Lwowa dr W. J. Sieminowicz.

Stan prac organizacyjnych w sekcyach: W sekcyi medycyny wewnętrznej (XII) zgłoszono oprócz już wymienionych (por. »Przegl. lek.« Nr 11 str. 142) następujące wykłady: 26) Sterling (Łódź): Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc. 27) Sokołowski (Warszawa): Z dziedziny gruźlicy. 28) Jakowski (Warszawa): Z dziedziny chorób zakaźnych. 29) M. Flaum (Warszawa): O utajonych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego. 30) Tenże: Temat zastrzeżony. 31) Wretowski (Warszawa): O inoskopii. 32)

Dyr. Trochanowski (Tarnów): Iwonicz na podstawie rozbioru z r. 1907.—(O wewnętrznem leczeniu niedrożności kiszek — zgłosił wykład nie dr Sterling, jak pierwotnie podano, lecz dr Ledmanowski [Zagorów]).

XXII. Sekcya dentystyczna (ciąg dalszy). Temat oficyalny: Która metoda leczenia zgorzeli miazgi daje najlepsze wyniki? Ref. doc. Bohosiewicz (Lwów); koref. dr Jakubowski (Lwów). Zgłoszone wykłady: 1) Blikle (Warszawa): Jak powinien pracować dentysta, by zachować swe zdrowie? 2) Doc. Bohosiewicz (Lwów): Temat zastrzeżony. 3) Cieszyński (Monachium): Zastosowanie promieni rentgenowskich w celach rozpoznawczych w dentystyce. 4) Tenże: Technika ekstrakcyjna w trudniejszych przypadkach (zastosowanie prostej dźwigni, z demonstracyami). 5) Doc. Gońka (Lwów): W sprawie leczenia pyorrhoea alveolaris. 6) Dr Meschel (Lwów): O zastosowaniu i sposobach wykonywania plomb porcel. Jankinsa. 7) Dr Jakubowski (Lwów): O obturatorach. 8) Dr Turnau: O replantacyi zębów. 9) Zieliński Włod. (Warszawa): Szyny przy złamaniach szczęk.

X. Sekcya fizyologiczna. Zgłoszone wykłady: I) Doc. dr Michalina Stefanowska (Genewa): O prawie, według którego przybywa waga u młodych zwierząt i roślin w okresie rośnienia. II) Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego: 1) Prof. Beck: Badanie nad nużeniem się nerwu. 2) Tenże: Wpływ ciepłoty otoczenia i innych czynników na zjawiska galwanotropizmu. 3) Tenże: Nowy przyrząd do badania odruchu kolanowego. 4) Tenże: Niektóre demonstracye z dziedziny optyki fizyologicznej. 5) Prof. Bikeles i dr Fromowicz: O drogach dośrodkowych dla odruchów tylnej części ciała. 6) Dr W. Fromowicz: Badania nad czuciem temperatury w błonach śluzowych. 7) Dr W. Moraczewski: Zależność indykanu w moczu od zawartości indolu w kale. 8) Dr Piasecki: Przyczynek do wiadomości o prawach pracy mięśniowej. 9) Dr T. Zalewski: O zdolności chłonienia błony śluzowej jamy bębenkowej. 10) Tenże: Ilościowe badania nad wessaniem kokainy z dróg oddechowych.

XIV. Sekcya chirurgiczna (ciąg dalszy). Zgłoszono w d. c. wykłady: 42) Dr A. Wątorek (Lwów): Historya anty- i aseptyki w Galicyi. 43) Tenże: Sprawa decentralizacyi medycyny operacyjnej. 44) Dr L. Karwacki (Warszawa): Badania przyczynowe nad etyologią nowotworów i stosunek ich do leczenia spraw nowotworowych. 45) Dr W. Stankiewicz (Warszawa): O krwiomoczu. 46) Tenże: Wrodzony brak pęcherza moczowego. 47) Niektóre uwagi o litotrypsyi.

Utworzono nową Sekcyę medycyny wojennej. Na przewodniczącego uproszono szefa sanitarnego XI. korpusu we Lwowie, dra Ignacego Linka. Do komitetu ściślejszego powołano lekarza sztabowego, dra Edwarda Karchezego.

XVIII. Sekcya okulistyczna. I. Tematy oficyalne: 1) Uszkodzenie narządu wzrokowego wobec ubezpieczenia od wypadków ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austryackiej. Ref. Prof. Machek. 2) Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego. Ref. Prof. Wicherkiewicz.

II. Zgłoszone wykłady: 1) Dr Kramsztyk (Warszawa)- O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy. 2) Dr Ziemiński Br. (Warszawa): Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych wydziału »Walki ze ślepotą« warszawskiego Towarzystwa higienicznego. 3) Dr Noiszewski (Dynaburg): Zmiany w odczuwaniu światła w stanach zapalnych siatkówki. 4) Dr Zajdenman (Lublin): O jaglicy jako klęsce społecznej. 5) Dr Górski Romuald (Piotrków): O niesieniu pomocy lekarskiej chorym na oczy na prowincyi w Królestwie Polskiem. 6) Prof. Wicherkiewicz (Kraków): O przemieszczaniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyłuszczeniu gałek chorych. 7) Tenże: O znaczeniu tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych pod względem leczniczym, zapobiegawczym i kosmetycznym. 8) Tenże: O zwiotczeniu skóry powiek (blepharochalasis) i tegoż leczeniu. 9) Tenże: Wyższe stopnie niezborności po operacyi zaćmy pod względem etyologii, pochodzenia i leczenia. 10) Dr Witaliński (Kraków): Zaćma czarna pod względem etyologicznym, mikrochemicznym, histologicznym i prognostycznym. 11) Dr Berezowski (Kraków): Zaćma spowodowana długiem karmieniem. 12) Rosenhauch (Kraków): Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko. Część doświadczalna. 13) Dr Matusewicz (Kraków): Znaczenie przetworów nadnercza pod względem terapii okulistycznej. Część kliniczna. 14) Dr Bałłaban (Lwów): Wartość zastrzykiwań podspójówkowych i ich teorya. 15) Dr Zion (Lwów): Przypadek ruchomego ciała w przedniej komorce oka. 16) Dr Burzyński (Lwów): O patogenezie zaćmień rogówkowych i dzisiejszem ich leczeniu. 17) Tenże: Krytyczny pogląd na dzisiejszy stan leczenia jaglicy. 18) Dr Dybuś-Jaworski (Lwów): Związek chorób dróg łzowych z chorobami jamy nosowej. 19) Prof. Machek (Lwów): Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej. 20) Doc. Szulisławski (Lwów) Utrata oka w rozumienieniu § 156 a) austr. ust. karnej. 21) Doc. Bednarski (Lwów): Uwagi nad zaćmą wieku dziecięcego. 22) Tenże: O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscysyę. 23) Dr Markowski (Lwów): O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy. 24) Tenże: O cyklodyalizie. 25) Dr Reis W. (Lwów): Uodpornienie Römera w przypadkach wrzodu sierpowego rogówki. 26) Tenże: Całkowite zwichnięcie gałki ocznej z rozległemi zmianami krwotocznemi w gałce i nerwie wzrokowym.

III. Demonstracye: 1) Dr Noiszewski (Dynaburg): Chromofotometr. 2) Tenże: Szczypczyki dla ręcznego leczenia skrzydlika. 3) Doc. Bednarski (Lwów): Przedstawienie preparatów anatomicznych. 4) Dr Bałłaban (Lwów): Nowy przyrząd własnego pomysłu do naparzania ócz. 5) Dr Zion (Lwów): Nowe hebrajskie wzory do badania bystrości wzroku według zasady Snellena. 6) Dr Reis W. (Lwów): Fotografie stereoskopowe przypadków chorobowych i preparatów anatomicznych, sporządzone w klinice okulistycznej. 7) Tenże: Przekroje gałek ocznych ludzkich i zwierzęcych z zachowaniem przeźroczystości środków łamiących. 8) Tenże: Preparaty mikroskopowe z zakresu histologii patologicznej oka.

Sekcya prasy lekarskiej (gospodarz: prof. dr Józef Szpilman, zastępca: prof. dr Mieczysław Grabowski, sekretarz: dr Stanisław Jasiński) przyjęła następujący porządek obrad:

1) Ujednostajnienie mianownictwa w czasopismach lekarskich polskich. Ref.: prof. dr Kryński (Warszawa).

2) Błędy językowe w naszem piśmiennictwie lekarskiem. Ref.: dr Markiewicz (Warszawa).

3) Prasa lekarska wobec spraw zawodowych. Ref.: dr S. Sterling (Łódź).

4) Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. pol., sposoby ich usunięcia; potrzebne reformy. Ref.: dr Jaworski (Warszawa), dr St. Skalski (Łódź), prof. dr Ciechanowski (Kraków).

5) Sprawozdania z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Ref.: prof. dr Ciechanowski (Kraków), dr Guranowski (Warszawa).

6) Sprawa pism popularnych. Ref.: prof. dr Panek (Lwów).

7) Założenie Związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej. Ref.: dr Kwaśnicki (Kraków), prof. dr Wicherkiewicz (Kraków) i dr Zawadzki (Warszawa).

8) Sprawa wydawnictwa podręczników lek. polskich. Ref.: prof. dr Browicz (Kraków).

Komitet gospodarczy sekcyi uchwalił na posiedzeniu dnia 3. lutego 1907, aby dopuścić wszystkich członków Zjazdu do brania udziału w sekcyi prasy lekarskiej, lecz zastrzegł sobie prawo przydzielenia pewnych spraw wyłącznie decyzyi delegatów, oraz prawo rewizyi uchwał w sekcyi zapadłych przed przedłożeniem ich ogólnemu Zebraniu Zjazdu.

Zastępca gospodarza sekcyi: *Prof. dr W. Grabowski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 15. V. b. r. posiedzenie, na którem 1) uchwalono polecić mączkę dla dzieci wyrobu p. Gurgula na zasadzie rozbiorów chemicznych, wykonanych przez doc. Lembergera; 2) prof. Kader przedstawił chorych: a) po wycięciu sterczu przez cięcie nadłonowe, b) po resekcyi pętli esowatej z powodu nowotworu, c) po resekcyi kątnicy i jelita cienkiego (razem 280 ctm.) z powodu gruźlicy, d) po operacyi przewlekłej niedrożności jelit. 3) Dr Steuermark miał wykład p. t. »Zasady i wskazania nowoczesnej rentgenoterapii«. W dyskusyach przemawiali prym. Bogdanik, Borzęcki, Wachtel, dr Rapoport, prof. Ciechanowski i Kader.

— Z powodu epidemii duru brzusznego w kilku gminach powiatu krakowskiego ostrzegł Magistrat mieszkańców miasta zapomocą publicznych ogłoszeń przed spożywaniem mleka surowego.

Lwów. W lwowskiej klinice chirurgicznej są do objęcia 2 posady bezpłatnych elewów, a w zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie kilka płatnych posad asystentów (dostępnych po części i dla kobiet-lekarek). (»Tyg. lek.« 19).

— Doktorat wszech nauk lekarskich otrzymał p. Henryk Igel rodem z Rawy Ruskiej.

Warszawa. Jak już donosiliśmy, dobiegły kolonie letnie dla dzieci warszawskich 25 lat istnienia. Dopiero jednak w r. 1897 zezwoliły władze na zawiązanie osobnego Towarzystwa, które zajmuje się tą sprawą. Towarzystwo ma 200,000 rb. funduszu żelaznego, 100,000 rb. w nieruchomościach, a w r. z. wysłało na kolonie 3,304 dzieci. Twórcą kolonii, a potem prezesem Towarzystwa był wielce zasłużony dr Stanisław Markiewicz, którego też Towarzystwo obrało obecnie swoim członkiem honorowym. (»Med.« 18).

— W Stowarzyszeniu lekarzy polskich mówił 4. V. b. r. dr J. Zawadzki: »O kasach i ubezpieczeniach dla lekarzy«.

— Kilkunastu lekarzy zakłada »stałą pomoc lekarską«, t. j. stacyę pomocy lekarskiej, działającą bez przerwy w dzień i w nocy. Założycielami są drdr Dałecki, Dobrzyński, Fiszer, Grundland, Konwerski, Nowakowski, Świątecki, Szerypo, Wagner i Wróblewski.

Z różnych stron. Donosiliśmy już swego czasu o pochlebnych ocenach znakomitego dzieła dra A. Sokołowskiego »O chorobach płuc« przez pisma lekarskie niemieckie, angielskie i francuskie. Pojawiające się dalsze oceny brzmią niemniej korzystnie, a zawierają pochwały tak gorące, wobec dzieła cudzoziemca tak niezwykłe, że godzi się przytoczyć n. p. kilka zdań z najświeższej oceny pióra R. Koehlera (w »Zeitschrift f. Tuberkulose« 1907, T. XI). »Bogate swoje doświadczenie« — pisze recenzent — »złożył Sokołowski w nadzwyczaj gruntownem i wyczerpującem dziele, któremu równocześnie przez niebywałe owładnięcie całego piśmiennictwa nadał piętno dzieła zbiorowego o ogromnem znaczeniu«, stwarzając »rzecz doskonałą«. »Zamierzałem z początku w sprawozdaniu mojem wspomnieć o tych ustępach, które szczególnie godne są uwagi, zaznaczywszy je sobie przy czytaniu ołówkiem; ale przekonałem się, że to niemożliwe, istotnie bowiem w dziele ustępów takich jest poprostu niezmiernie mnóstwo«. W rozdziałach o gruźlicy płuc »wszystko przedstawione jest tak przejrzyście i wybornym stylem, że rozdziały te należy uznać wprost za klasyczne«. »Nagroda Akademii umiejętności w Krakowie przypadła autorowi, który na nią w pełnej mierze zasłużył, a który obdarzył nas dziełem niezmiernie wielkiej wartości naukowej. Nauka i jej adepci winni mu za nie serdeczne dzięki«.

— W Niemczech coraz mniej osesków karmionych jest piersią. W r. 1885 karmiły matki 50·7 prc. osesków, mamki 2·6 prc.; w roku zaś 1900 matki już tylko 31·4 prc., mamki 0·7 prc. Resztę dzieci karmiono sztucznie. W ciągu lat 15 spadła przeto liczba osesków karmionych piersią z 57·8 na 32·1 prc.

— Niemiecki parlament odrzucił petycyę o zniesienie przymusu szczepienia krowianką.

— Międzynarodowe czasopismo lekarskie »Internationale med. Revue« wychodzi w Berlinie w 5 językach (niemieckim, francuskim, angielskim, włoskim i hiszpańskim, a ma wychodzić także po rosyjsku) pod redakcyą dra H. Neumanna jako wydawnictwo Leonharda Simona. W piśmie tem proponuje prof. Kossmann, by powrócić do łaciny, jako międzynarodowego języka lekarskiego (»Nowiny lek.« 5).

— W Wiedniu zawiązało się Towarzystwo pielęgnowania chorych, zmierzające m. i. do założenia szkoły dla świeckich dozorczyń i do zorganizowania bezpłatnej opieki nad chorymi po domach. Towarzystwo zaś ratunkowe wiedeńskie prowadzi wykaz zawodowych dozorców i dozorczyń chorych i wskazuje bezpłatnie ich adres potrzebującym. (Przykłady to godne naśladowania, szczególnie u nas, gdzie wielki jest brak odpowiednio wykształconych dozorców i dozorczyń, a publiczność w razie potrzeby nie wie, gdzie ich szukać).

Mianowani: R. rz. dr Józef Barzycki lekarzem zakładowym w Szczawnicy. Dr Tadeusz Gabryszewski burmistrz m. Bóbrki i dr Samuel Aronson w Podgórzu otrzymali tytuł radców cesarskich.

Zmarli: Internista prof. Jürgensen w Tübingen, płodny pisarz, autor powszechnie znanego podręcznika.

Dr Karol Jonscher

wychowaniec Szkoły Głównej warszawskiej, zmarł nagle w Łodzi w 58 r. ż. S. p. Jonscher był jednym z najwybitniejszych lekarzy łódzkich; otaczał go powszechny szacunek kolegów, którzy dali temu wyraz, obierając go prezesem Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. Niezmiernie czynny na polu społecznem, należał ś. p. Jonscher do założycieli zakładu dla obłąkanych w Kochanówce, był prezesem zarządu tego zakładu i prezesem chrześcijańskiego Towarzystwa dobroczynności. Przez śmierć tego zasłużonego filantropa i zacnego człowieka ponoszą wielką stratę zarówno koła lekarskie łódzkie, jak i uboga ludność Łodzi, której był serdecznym opiekunem. Cześć Jego pamięci!

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 22. maja o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie komisyi w sprawie położnych w naszym kraju, przedstawionej przez dra T. Piotrowskiego. 2) Dr H. Uromski: Regulacya Wisły pod Krakowem ze stanowiska sanitarnego.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Vioform poleca dr G. Piquand (*Arch. génér. de Méd.* 1906, Nr 44) na podstawie doświadczeń klinicznych w miejsce jodoformu i dochodzi do następujących wniosków: Vioform jest energicznym i wygodnym w użyciu środkiem przeciwgnilnym. Własności jego przeciwropne i odwaniające są silniejsze, niż jodoformu; zachowuje też swe własności przeciwgnilne przez czas dłuższy, niż jodoform. Jest środkiem o wiele mniej trującym, niż jodoform i pokrewne środki i można go dlatego stosować bez szkody w dużych dawkach. Vioform nie działa drażniąco, nie wywołuje nigdy wyprysku, nie cuchnie i może być wyjaławiany przy 140° bez rozkładu i utraty swych własności.

Wskazania: rany przypadkowe (cięcia, nakłucia, ukąszenia, uderzenia i t. d.), rany narażone na zakażenie (przetoki, krwawnice, pęknięcia krocza i t. d.), owrzodzenia (szczególnie wrzody goleni i odleżyny), oparzenia, tamponada jam zakażonych (macica, pochwa), cierpienia uszu, gardła, krtani, nosa i zatok jego. *Ll.*

Ichthynat „Heyden“ jest to nowy przetwór siarkowy organiczny o znanem działaniu ichtyolu. Na podstawie dokładnego badania chemiczno-farmakologicznego dochodzi dr H. v. Hayek, asyst. zakł. farmak. w Innsbruku (Wien. klin. Rundschau 1907, Nr 7, 8) do następujących wniosków: Ichthynat otrzymuje się przez proces analogiczny i z materyału zasadniczo identycznego, jak ichtyol. Własności fizyczne i chemiczne obu przetworów są jednakie. Działające składniki ichtyolu znajdują się w ichthynacie ilościowo i jakościowo w równej mierze. Wszędzie zatem, gdzie ichtyol jest wskazany, może być zastąpiony przez ichthynat. *L.*

Bernatzika maść formaldehydowa okazała się środkiem pewnym przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg. Wypróbowano ją klinicznie, poczem znalazła szerokie zastosowanie. Wszystkim, cierpiącym na silne pocenie się, można przetwór ten, zapobiegający zarazem przeziębieniu, najgoręcej polecić. Maść tę nabyć można w każdej aptece. *Ll.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Langie Adam**, okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą“).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“).

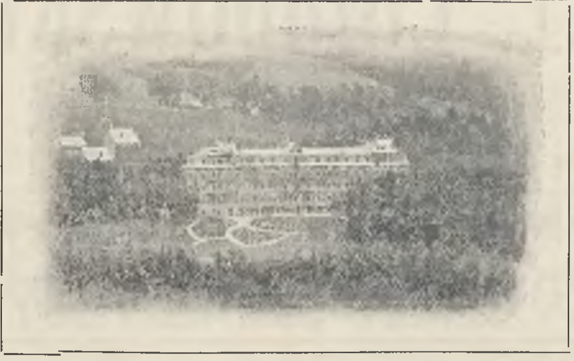
Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sporndelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha“ Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg“).